



3º CURSO DE PÓS – LICENCIATURA E MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO: ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Área Específica de Intervenção: Enfermagem Nefrológica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

“A doença como factor precipitante da emigração: o papel do enfermeiro especialista no tratamento do doente renal crónico proveniente de Cabo Verde”.

Opção II

Autora: Ana Cristina Dias, nº 4541

Docente responsável: Professora Doutora Maria Saraiva Nunes

Pensamento:

“a essência da enfermagem: ajudar uma pessoa a encontrar um modo de vida com significado, numa determinada situação em que se encontra, e qualquer que seja o estado do seu corpo”

Walter Hesbeen

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AC - Autocuidado

CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

CV – Cabo Verde

CVE – Escudo Cabo-Verdeano

DGS – Direcção Geral de Saúde

DP - Diálise Peritoneal

DM – Diabetes Mellitus

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

HD – Hemodiálise

HTA – Hipertensão arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

IRCT – Insuficiente Renal Crónico Terminal

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. - Página

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

LISTA DE FIGURAS

p.

| | |
|--|----|
| Figura 1- Modelo de Competência Cultural de Campinha – Bacote (1991) | 18 |
| Figura 2 - Modelo de Purnell de Competência Cultural | 20 |
| Figura 3 - Processo de evacuação de doentes provenientes dos PALOP ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da saúde | 45 |
| Figura 4 - Resumo da Teoria de AC de Orem | 51 |
| Figura 5 - Cronograma da aplicação do questionário | 58 |

LISTA DE GRÁFICOS

p.

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 - Projecção Esperança de Vida Total | 25 |
| Gráfico 2 - Doentes evacuados para o exterior segundo especialidades médicas(2010) | 36 |

LISTA DE QUADROS

p.

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Desenvolvimento dos níveis Benner(1996) extrapolados para evolução da competência cultural | 39 |
| Quadro 2 – Responsabilidades da cooperação | 43 |
| Quadro 3 - Entidades envolvidas na cooperação | 44 |
| Quadro 4 - Plano de cuidados de enfermagem DRCT em HD segundo a Teoria do AC de Orem com base nos défices de AC salientados na recolha de dados | 69 |

LISTA DE TABELAS

p.

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Informação demográfica de CV | 24 |
| Tabela 2 - Indicadores sociais de CV | 25 |
| Tabela 3 - Características dos cuidados de Enfermagem segundo Orem(1980) | 52 |
| Tabela 4 – Actividades desenvolvidas | 55 |
| Tabela 5 - Dados recolhidos dos questionários | 66 |

ÍNDICE

p.

| | |
|--|-----------|
| 0- INTRODUÇÃO | 10 |
| 1- JUSTIFICAÇÃO DO TEMA | 12 |
| 2- AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA | 13 |
| 3- A ENFERMAGEM TRANSCULTURAL | 17 |
| 3.1 - Modelo De Purnell De Competência Cultural | 21 |
| 4- A CULTURA E A ORDEM DOS ENFERMEIROS | 37 |
| 5- A CULTURA E AS COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM SEGUNDO BENNER | 39 |
| 6- A CULTURA E A POLÍTICA | 41 |
| 6.1 – Acordos Bilaterais no Âmbito da Saúde | 42 |
| 7- A CULTURA E A COMUNICAÇÃO | 47 |
| 8- A TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM E A IRCT | 50 |
| 9- ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS | 54 |
| 9.1 – Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRCT em programa de HD, segundo a Teoria de AC de Orem | 68 |
| 9.2 - Cronograma | 71 |
| 10– CONCLUSÃO | |

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

| | |
|--|-----------|
| Anexo 1 - Autorizações da Comissão de Ética | 79 |
| Anexo 2 – Certificado de presença no “17º Simpósio Anual de Doenças Renais” | 81 |

APÊNDICES

| | |
|--|------------|
| Apêndice 1 – Questionário | 84 |
| Apêndice 2 - Consentimento Informado | 88 |
| Apêndice 3 - Trabalho em Power Point “Ensino ao doente com alteração da função renal” | 91 |
| Apêndice 4–Mail enviado à embaixada de CV: Serviço de doentes evacuados | 112 |
| Apêndice 5 – Resposta ao mail enviado à embaixada de CV: Serviço de doentes evacuados | 114 |
| Apêndice 6 - Avaliação qualitativa do Estágio com Relatório | 116 |
| Apêndice 7 – Suporte Informático/CD: Relatório de Estágio: “A doença como factor precipitante da emigração: o papel do enfermeiro especialista no tratamento do doente renal crónico proveniente de Cabo Verde” | 119 |

0- INTRODUÇÃO

O processo migratório é contemporâneo com a humanidade. Actualmente, é um desafio sob ponto de vista demográfico, económico, político-jurídico, cultural, sociológico e académico. Pretendo com este trabalho abordar um fluxo migratório muito específico, a imigração oriunda de Cabo Verde (CV) por via da saúde. Vêm ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde e acabam por não mais voltar ao país de origem. Em Portugal, a vida é difícil. Todo o suporte económico, psicológico e cultural assenta nas redes familiares e de amigos. A solidariedade e ajuda mútua entre africanos é muito forte. Há os que não têm família nem amigos em Portugal, vivem assim, por vezes da caridade de compatriotas e do apoio da Embaixada de CV.

Os enfermeiros, no seu dia-a-dia, contactam com diferentes culturas, existindo uma necessidade de adaptação destes para que o cuidar, por eles desenvolvido, seja empático, com ganhos para ambas as partes: melhoria do estado de saúde do doente e aquisição de novos conhecimentos sobre a cultura do mesmo. O cuidar na multiculturalidade é uma realidade devido à situação mundial de mobilidade humana e à globalização.

Através das actividades propostas, pretendeu-se proporcionar uma melhoria na qualidade de vida do doente com insuficiência renal crónica terminal (IRCT) em programa regular de hemodiálise (HD) através da estimulação do autocuidado (AC).

Palavras-chave: cultura, imigrante, enfermagem e autocuidado.

Objectivos:

- expor a perspectiva cultural na prestação de cuidados de enfermagem;
- aplicar o Modelo de Purnell de Competência Cultural de Cuidados de Saúde – doze domínios, à cultura de CV;
- compilar informação pertinente para o conhecimento e compreensão da diversidade e complexidade cultural de CV, como forma de assegurar indispensáveis cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis;

- reflectir sobre formas de cuidar numa cultura diferente da do prestador de cuidados de enfermagem;
- expor a Teoria de Autocuidado de Orem ao doente com IRCT em programa regular de hemodiálise;
- obter avaliação da UC.

Este trabalho é composto por oito capítulos, síntese conclusiva, anexos e apêndices.

No primeiro capítulo aborda-se as competências do enfermeiro especialista, tanto gerais, como específicas, integrado no Modelo de Desenvolvimento Profissional definido pela Ordem dos Enfermeiros(OE).

O segundo capítulo, apresenta uma abordagem da enfermagem e cultura, numa perspectiva de prestação de cuidados de enfermagem transculturais, da consciência, sensibilidade e competência cultural: Modelo de Competência Cultural Campinha Bacote, assim como a aplicação do Modelo de Competência Cultural de Purnell nos seus doze domínios à cultura de CV.

Num terceiro capítulo é abordado a perspectiva da cultura e enfermagem transcultural pela OE e inserida nas competências do enfermeiro de cuidados gerais e especialista;

No quarto capítulo desenvolve-se o processo evolutivo de competência cultural numa perspectiva de Modelo de Competência de Benner.

No quinto capítulo, expõe-se todo processo burocrático de evacuação de doentes de CV ao abrigo dos Acordos Bilaterais no Âmbito da Saúde entre Portugal e CV, assim como, os procedimentos inerentes à evacuação.

No sexto capítulo aborda a importância da comunicação na prestação de cuidados de saúde a indivíduos de outra cultura que não a do prestador;

O oitavo capítulo centra-se na Teoria do Autocuidado de Orem num contexto de doentes com IRCT em programa regular de HD, bem como, nas actividades desenvolvidas em contexto de estágio deste Curso.

1- JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

Como enfermeira a prestar cuidados numa Unidade de Hemodiálise dum Hospital Central de Lisboa, continuo a assistir à chegada de doentes provenientes de CV, com doença renal crónica em estadio 5 com necessidade emergente de início de tratamento de substituição da função renal ou continuação do mesmo. Apesar de, em CV, existir a possibilidade de realizar este tratamento, está apenas disponível numa fase inicial/aguda, havendo necessidade, posteriormente, de envio do doente para Portugal, por incapacidade de recursos humanos e técnicos.

A debilidade crónica dos serviços de saúde, nomeadamente, no tratamento da doença renal crónica terminal(DRCT), impulsiona estes doentes para o desconhecido, sem pensar nos enormes custos pessoais, familiares e culturais.

Pretendo com este trabalho uma recolha de dados demográficos sobre os doentes provenientes de CV em programa regular de hemodiálise(HD) num hospital central, conhecer o processo de evacuação e o papel do enfermeiro no processo de doença/tratamento/autocuidado.

Pretendo que seja um estudo exploratório e descritivo da problemática da DRCT como factor precipitante da imigração. Da pesquisa bibliografia realizada inicialmente, encontram-se inúmeros artigos científicos sobre as questões relacionadas com a saúde/doença da população imigrante, mas poucos sobre a saúde como factor precipitante de entrada e permanência num país de acolhimento, isto é, a imigração aliada à saúde. Estes imigrantes são muitas vezes esquecidos e não têm sido objecto de investigação aprofundada, tem sido dados especial enfoque à caracterização dos imigrantes em termos de mortalidade e morbilidade, bem como à identificação dos principais obstáculos no acesso aos cuidados de saúde.

2- COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Assistimos a um enorme desenvolvimento tecnológico da saúde, tanto no diagnóstico, como na terapêutica, implicando um aumento da esperança média de vida e ao surgimento de situações cada vez mais complexas e com elevado grau de exigência. Assim, à Enfermagem é exigida uma resposta assertiva, baseada na aquisição de competências técnicas, científicas e humanas que lhe permita a prestação de cuidados diferenciados de acordo com as diferentes solicitações do doente e sua família.

Segundo a OE, a Enfermagem é a

“profissão que na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, a longo do ciclo de vida e aos grupos sociais em que está integrado, de forma que mantenham e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente possível”. (OE, 2009, p. 4)

O exercício profissional de enfermagem “centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas”. (OE, 2009, p. 4)

Para a OE, competência refere-se “a um nível de desempenho profissional demonstrador de aplicação efectiva de conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”. (OE, 2009, p. 11)

Também a OE, refere que “o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de Cuidados Gerais e concretiza-se em competências comuns específicas”. (OE, 2009, p. 10)

Pela certificação destas competências clínicas especializadas assegura-se que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas em todos os níveis de prevenção.

De acordo com o definido pela OE no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o enfermeiro especialista

“é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com curso de estudos de especialização em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”. (OE, 1998, p. 7)

Já a OE(2007), citado em 2009, define enfermeiro especialista como:

“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”.

(OE, 2009, p. 10)

Com o desenvolvimento do Modelo de Desenvolvimento Profissional em 2009 pelo Conselho de Enfermagem da OE, defende-se a organização da individualização das especialidades clínicas em Enfermagem ao nível do alvo de intervenção e através da explicitação do campo de intervenção específico. Esta individualização organiza-se num eixo estruturante e dois eixos organizadores. O eixo estruturante é “o alvo de intervenção: entidade beneficiária dos cuidados de enfermagem – pessoa, família e comunidade” e os eixos organizadores são “os processos de saúde-doença e o ambiente” (OE, 2009, p. 6). Perante o contexto da presente formação/Curso, este enquadra-se no eixo estruturante, sendo a entidade beneficiária dos cuidados de enfermagem: “A pessoa ao longo do ciclo de vida”, pois a área de especialização em Nefrologia é uma área de intervenção ao longo da vida.

De acordo com a OE (OE, 2009, p. 12) é proposto um perfil de competências comuns, para o enfermeiro especialista, com quatro domínios: “responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua de qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2009, p. 12) e de competências específicas: “a prestação de cuidados especializados” (OE, 2009, p. 12).

O conjunto de competências clínicas do enfermeiro especialista decorre do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais, concretizando-se em competências comuns, isto é,

“as partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão, e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. (OE, 2009, p. 10)

e as competências específicas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”. (OE, 2009, p. 10)

Neste contexto, o problema identificado neste projecto será o eixo estruturante(alvo de intervenção) para o desenvolvimento de capacidades, habilidades e conhecimentos que facilitarão o desenvolvimento das competência comuns do enfermeiro especialista e específicas ajustadas ao doente com alteração da função renal. Sendo assim, proponho-me atingir as seguintes competências comuns de enfermeiro especialista, dentro dos quatro domínios definidos pela OE. (OE, 2009)

1- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

- Desenvolver uma prática profissional e ética na prestação de cuidados à pessoa com alteração da função renal;
- Promover a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

2- Domínio da gestão da melhoria da qualidade:

- Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, nomeadamente, através da formação contínua em serviço;
- Colaborar na formação na área da Nefrologia a colegas recém formados, assim como, a colegas provenientes de CV, que se encontram em formação em Portugal;
- Ser membro dinamizador na identificação de oportunidades, estabelecer prioridade e seleccionar estratégias de melhoria da qualidade de cuidados;
- Criar e manter um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual, terapêutico e seguro.

3- Domínio da gestão de cuidados:

- gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar;
- adaptar e liderar a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade de cuidados.

4- Domínio das aprendizagens profissionais:

- desenvolver o auto-conhecimento e a assertividade;
- basear a prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, nomeadamente com o recurso à prática baseada na evidência.

Relativamente, as competências específicas do enfermeiro especialista no âmbito da nefrologia, pretendo:

- cuidar da pessoa com alteração da função renal, tanto numa fase aguda e/ou crónica;
- Promover o autocuidado no indivíduo com alteração da função renal submetidos a terapia de substituição da função renal.

O processo saúde-doença é dinâmico e contínuo, ao longo do qual cada pessoa vivencia de forma singular, é primordial que o enfermeiro especialista desenvolva competências técnicas, científicas e humanas com vista à “promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença e readaptação funcional e reinserção social” (OE, 2009, p. 10) com o reforço de uma “visão holística e contextual da pessoa” (OE, 2009, p. 6) assegurados com a qualidade preconizada pela OE para a excelência do exercício profissional.

Ainda a OE refere que “a expansão da clínica especializada em Enfermagem permite fomentar a investigação clínica em Enfermagem, clarificar e identificar o alvo de intervenção (...) e valorizar os ganhos em saúde”. (OE, 2009, p. 8)

Para Orem, “os enfermeiros deveriam desenvolver as suas competências para identificar e conceptualizar não só os requisitos específicos do AC, mas também a totalidade das exigências para a acção do AC”. (OREM, 1980, p. 39)

3- A ENFERMAGEM TRANSCULTURAL

Numa sociedade cada vez mais multicultural, é vital que a enfermagem se torne culturalmente competente, a fim de responder às necessidades duma população culturalmente diversificada. O conhecimento cultural, as diferenças culturais na área da saúde, valores, crenças e costumes, desempenha um papel fundamental na qualidade dos cuidados prestados de forma individualizada e holística.

Segundo Purnell, cultura é

“a totalidade de padrões comportamentais socialmente transmitidos, as artes, as crenças, os valores, os costumes, as formas de vida, e todos os outros produtos de trabalho humano e características de pensamento de uma população que orienta a sua visão do mundo e as suas tomadas de decisão. A saúde, as crenças e valores relativamente aos cuidados de saúde estão incluídos”. (PURNELL, 2010, p.6)

A cultura é inconsciente e influencia grandemente a saúde e a doença.

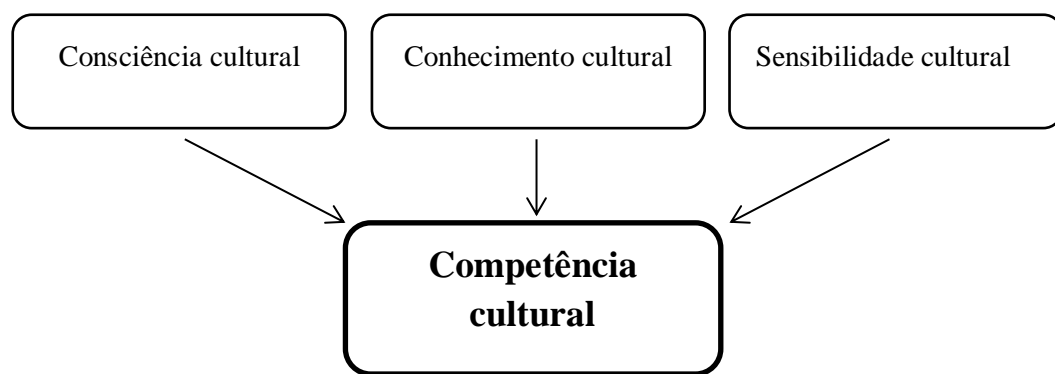
Para Purnell consciência cultural é “uma apreciação dos sinais exteriores da diversidade, tais como, as artes, a música, a forma de vestir e características físicas”. (PURNELL, 2010, p.6)

Sensibilidade cultural está relacionada com as atitudes pessoais e não dizer algo que possa ser entendido como ofensivo a alguém pertencente a uma cultura ou etnia diferente daquela a que pertence o prestador de cuidados. (Purnell, 2010)

Competência cultural, segundo o mesmo autor no âmbito de cuidados de saúde significa “ter os conhecimentos, as competências e habilidades que permitem prestar cuidados congruentes com as crenças culturais do utente” (PURNELL, 2010, p.6). A competência cultural, em sociedades multiculturais, continua a ser uma iniciativa fundamental para os cuidados de saúde. Há necessidades dos profissionais de saúde possuírem conhecimentos culturais, gerais, como específicos para ajudar a reduzir as desigualdades de género, étnicas e raciais no âmbito dos cuidados de saúde. (Purnell, 2010). A competência cultural individual não é condição suficiente para a prestação de cuidados culturalmente competentes, “é um percurso que engloba a vontade e a capacidade de um indivíduo para prestar cuidados de saúde e de enfermagem de forma culturalmente congruente e aceitável” (PURNELL, 2010, p. 11) incluindo a abordagem cultural geral, o encontro clínico e a linguagem. A organização na qual os cuidados são prestados tem igualmente

de demonstrar o seu compromisso face à competência cultural, a nível da regulamentação e administração, educação e orientação e linguagem.

Figura 1- Modelo de Competência Cultural de Campinha – Bacote (1991)



Fonte: adaptado http://www.transculturalcare.net/Cultural_Competence_Model.htm

Os prestadores de cuidados de saúde têm de reconhecer, respeitar, integrar as crenças e práticas dos utentes nas suas prescrições em matéria de saúde. (Purnell, 2010)

A cultura tem um impacto inconsciente e poderoso sobre os profissionais de saúde. (Purnell, 2010). Cada profissional acrescenta uma dimensão nova e singular à complexidade da prestação cuidados culturalmente competentes. Para Purnell “é essencial que os profissionais de saúde pensem sobre as suas culturas, os seus comportamentos, e os estilos de comunicação, face à sua percepção das diferenças culturais”. (PURNELL, 2010, p.5)

Ética transcultural, os prestadores de cuidados de saúde, com o aumento da globalização e a diversidade populacional, são confrontados com questões éticas relacionadas com a diversidade cultural. “A ética e a decisão ética estão ligadas à cultura” (PURNELL, 2010, p. 9). Como por exemplo, os princípios éticos ocidentais da autonomia, autodeterminação, justiça, não são danosos, dizer a verdade e cumprir promessas não são interpretados, nem partilhados por algumas culturas não ocidentais. Cada cultura tem a sua própria definição de ética (Purnell, 2010), assim há o encorajamento à utilização de códigos de ética internacionais, tais como, os desenvolvidos pelo Conselho Internacional de Enfermeiros. Esses códigos destinam-se a reflectir a cultura do doente e se o valor é colocado no aspecto individual ou colectivo, “os códigos de ética internacionais não contém declarações interpretativas, permitindo que cada sociedade os interprete de acordo com a

sua cultura”. (PURNELL, 2010, p.10). Com a globalização dos serviços de saúde, os prestadores de cuidados de saúde “têm de abordar questões cruciais, tais como, o imperialismo cultural, o relativismo cultural e a imposição cultural” (Purnell, 2010, p.10). O imperialismo cultural é “prática de alargar políticas e práticas de um grupo(dominante) a grupos minoritários” (Purnell, 2010, p.10) enquanto o relativismo cultural é “a crença de que os comportamentos e práticas dos indivíduos deverão apenas ser julgados no contexto do seu próprio sistema cultural” (Purnell, 2010, p.10) e finalmente, a imposição cultural de cuidados é “a aplicação intrusiva dos pontos de vista culturais do grupo maioritário aos indivíduos e famílias” (Purnell, 2010, p.10). Assim

“os profissionais de saúde têm de compreender que estes três conceitos e as situações éticas que estão em causa, porque a tendência é que cada vez mais se confrontem com situações em que terão de equilibrar as práticas e comportamentos culturais dos utentes com a promoção da saúde e bem estar, como também com a doença.” (Purnell, 2010, p.10).

Tendo em conta a complexidade do indivíduo, seleccionei “O Modelo de Purnell de Competência Cultural”; consiste em 12 domínios, no hospital, na casa do doente, ou na comunidade. Surge em 1995, é um bom exemplo para todos os profissionais de cuidados de saúde, pois oferece “uma estrutura global, sistemática e concisa para aprender e compreender a cultura” (PURNELL, 2010, p 21) para garantir “intervenções terapêuticas holísticas, e culturalmente competentes; promoção da saúde e bem estar; prevenção de doença e dano; manutenção da saúde e recuperação; e ensino para a saúde em contextos educacionais e da prática” (PURNELL, 2010, p. 21), neste trabalho, especificamente, a cultura de CV.

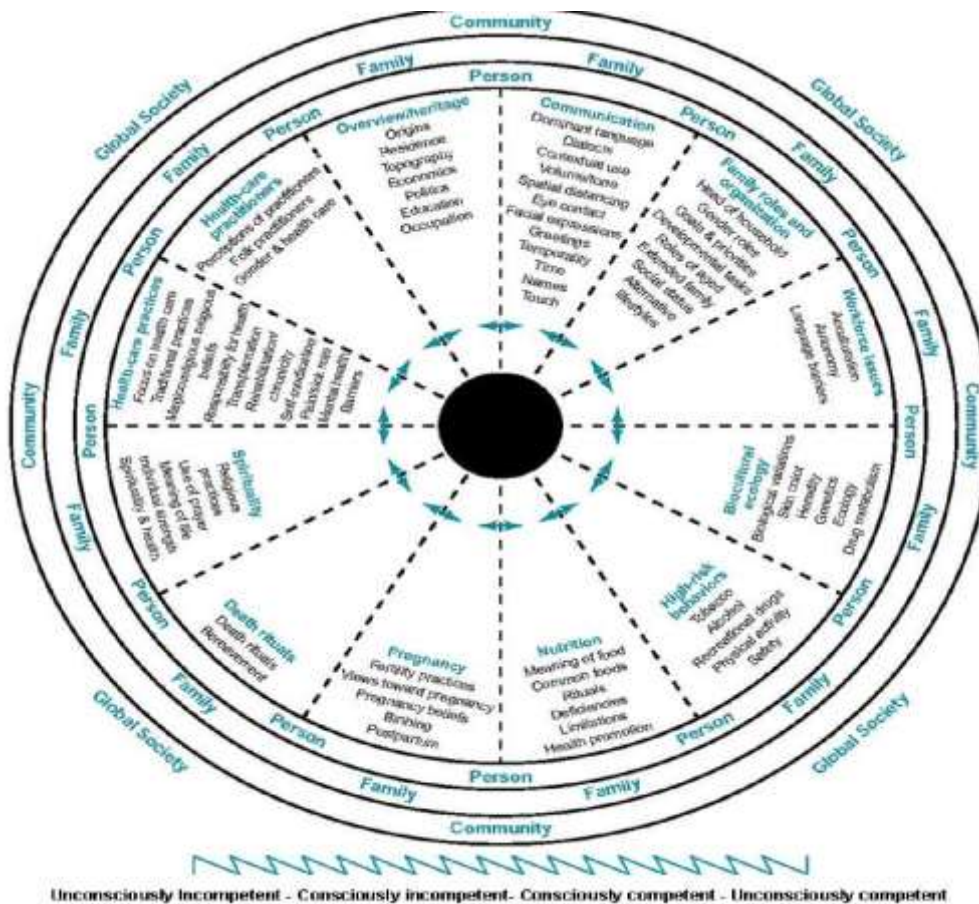
O seu desenvolvimento é uma abordagem etnográfica que promove a compreensão cultural de situações humanas durante os períodos de doença, e a manutenção e promoção da saúde. O prestador de cuidados de saúde é responsável, inicialmente, por criar um ambiente adequado e sincero para recolher informações neste contexto.

O diagrama do Modelo é um círculo, com uma margem periférica representa a sociedade global, uma segunda margem representa a comunidade, e uma terceira margem representa a família, e uma margem mais interior representa a pessoa. O interior do círculo divide concentricamente em 12 domínios culturais e seus conceitos. Os domínios têm setas bidireccionais que indicam que cada domínio afecta e é afectado por todos os outros domínios. Sob cada domínio existem vários conceitos. O centro/zona escura representa aspectos desconhecidos do grupo cultural. Na base surge uma linha dentada/engrenagem que representa o conceito de consciência cultural. Refere-se, principalmente, ao profissional de saúde e segundo a sua fase de competência cultural pode

representar uma organização. A estrutura empírica do Modelo ajuda os prestadores de cuidados de saúde a “garantir intervenções terapêuticas holísticas, e culturalmente competentes; promoção de saúde e bem-estar; prevenção de doença e dano; manutenção da saúde e recuperação; e ensino para a saúde em contextos educacionais e da prática.” (PURNELL, 2010, p 21) pode ser utilizado por todos os profissionais de saúde em várias disciplinas e contextos.

Os aspectos macro deste Modelo incluem; a sociedade global, comunidade, família, indivíduo e competência consciente. Enquanto a nível micro, o Modelo engloba 12 domínios e respectivos conceitos, que são comuns a todas as culturas. Os domínios estão inter-relacionados e têm implicações para a saúde e existência pessoal.

Figura 2 - Modelo de Purnell de Competência Cultural



Fonte: (adaptado): PURNELL, Larry; PAULANKA, Betty(2010) – Cuidados de Saúde Transculturais: Uma Abordagem Culturalmente Competente. 3ªed. Lisboa: Lusodidacta, 978-989-8075-28-4. p. 23

3.1- Modelo de Purnell de Competência Cultural

Ainda que os 12 domínios e seus conceitos caminhem do geral para o específico, a ordem na qual são usados pelos profissionais de saúde pode variar.

Segue-se uma descrição da cultura cabo-verdiana nos 12 domínios e seus conceitos essenciais para avaliar os atributos etnoculturais do indivíduo, família ou grupo são:

Visão global, localidades habitadas e topografia:

A República de CV é um país insular africano, localizado no Oceano Atlântico (costa da África Ocidental). Descoberto em 1460 por Diogo Gomes ao serviço da coroa portuguesa e foi colónia de Portugal até à sua independência em 5 de Julho de 1975. Constituído por dez ilhas pequenas e montanhosas, das quais 9 são habitadas e vários ilhéus desabitados: a norte: São Vicente, Santa Luzia (desabitada), São Nicolau, Sal e Boa Vista, e os ilhéus desabitados de Branco, Raso, dos Pássaros, Rabo de Junco, Sal Rei e do Baluarte e a sul: Maio, Santiago, Fogo e Brava, e os ilhéus de Santa Maria, Grande, Rombo, Baixo, de Cima, do Rei, Luís Carneiro, Sapado e o da Areia.

A cidade da Praia (Ilha São Santiago) é a capital económica e política, e o principal aglomerado populacional (75.000 habitantes. INE - CV 2008).

Algumas ilhas são áridas, mas noutras a vegetação é exuberante - tropical. As costas são caracterizadas pelos contrastes entre as falésias altas e abruptas sobre o mar e as vastas praias de fina areia.

Ventos: O arquipélago apresenta duas estações contrastantes, resultantes das três frentes, o Harmatão, o Alisado e a Monção, responsável pela pluviosidade escassa e irregular.

Clima: é árido nas Ilhas do Sal, Boavista e Maio, por estarem expostas aos ventos quentes do Sahara, à excepção das regiões de altitude, das encostas viradas a nordeste, que são do tipo sub-húmido ou húmido. O relevo montanhoso é um importante factor na diferenciação climática regional e local.

Temperatura: as médias anuais são de 25°C, na época fria (Dezembro a Fevereiro), a 29°C na época mais quente e húmida (Julho a Novembro).

Água: os rios são inexistentes. O aprovisionamento regular de água potável é assegurado pela dessalinização da água do mar.

Fuso horário: a diferença horária para Portugal é de menos 1 hora no Inverno e menos duas horas no Verão.

No que concerne ao saneamento básico (2006), apenas 30% das famílias declararam eliminar as águas residuais através de fossa séptica ou de rede de esgotos, as restantes atirando-as principalmente em redor da casa (39%) ou na natureza (29%).

Substâncias tóxicas: A principal fonte de poluição do ar é a queima de combustíveis fósseis e os derivados de petróleo. Uma das medidas tomadas nos recentes anos foi a proibição da importação de gasolina com chumbo.

Economia: é subdesenvolvida e sofre com a carência de alternativa de recursos e com o crescimento populacional. Os principais meios económicos são; a agricultura, a riqueza marinha, a prestação de serviços e mais recentemente o turismo (Sal e Boa Vista).

A agricultura sofre com os constantes períodos de seca e carece de melhores infra-estruturas e modernização das técnicas agrícolas. É de subsistência. As ilhas de Santiago, Santo Antão, são conhecidas pelo fabrico da aguardente de cana-sacarina- o “grogue”, e a do Fogo asseguram a quase totalidade da produção agrícola. As culturas mais importantes são o café, a banana, a cana-de-açúcar, os frutos tropicais, o milho, o feijão, a batata doce e a mandioca.

O sector industrial encontra-se em pleno desenvolvimento.

Os problemas naturais são; a seca, a erosão e a pobreza dos solos.

A produção animal é, essencialmente, concentrada nos frangos, suínos, caprinos e coelhos, bem como alguns bovinos, equídeos e ovinos

A nível das pescas, verifica-se uma modernização dos meios artesanais, melhor aproveitamento dos recursos e com a industrialização e exportação. A pesca artesanal e industrial, obriga à importação de peixe, nomeadamente da Europa, para abastecer a indústria conserveira local. (Ferreira, 2011)

Relativamente à moeda utilizada, Portugal tem fortemente cooperado e ajudado CV a nível económico e social, o que resultou na indexação da moeda, o escudo cabo-verdiano, ao Euro, e no crescimento de sua economia interna. CVE = Escudos cabo-verdianos; 1 EURO = 110,265 CVE.

Pobreza e disparidades de rendimento; A pobreza tem maior incidência sobre o meio rural. A ilha de Santo Antão é a que detém a maior incidência de pobreza, enquanto os dois maiores centros urbanos, Praia e S. Vicente, registam os menores níveis de incidência de pobreza.

Emigração: tem uma forte tradição. Profundamente enraizada, como estratégia de alcançar sucesso pessoal, familiar e social, assim como; a elevada taxa de desemprego que afecta os jovens, uma economia incapaz de absorver a mão-de-obra existente e as condições naturais. A emigração é, um factor constituinte da sua identidade, de tal forma que é comum denominar a comunidade na diáspora de “11ª ilha de Cabo Verde”.

Portugal foi escolhido por um número crescente de cabo-verdianos para aqui viverem, estudarem ou trabalharem. Ao fasear a migração no último meio século, verifica-se, pelo menos, três fases distintas: antes da independência; - pós-independência; - imigração laboral.

A economia caboverdiana é, dependente, em grande parte das remessas enviadas pelos emigrantes.

Nos países da OCDE (2009) afigura-se que a maioria dos emigrantes caboverdianos (48,5%) esteja enquadrada nos sectores de actividade que englobam a construção civil (24,7%), o sector fabril (14,7%) e serviços prestados em lares e casas particulares (9,1%). Numa perspectiva bastante generalizada, pode-se considerar que os emigrantes cabo-verdeanos têm sido sobretudo trabalhadores manuais sem qualificação profissional.

Demografia: a população das ilhas é de 491 875, (Censo 2010), sendo mais de metade constituída por jovens com menos de 25 anos (54,4%). Em termos de meio de residência, 62 % da população(meio urbano), contra os 38% (meio rural), (INE- CV 2010). A esperança média de vida é de 62 e 65 anos, respectivamente para homens e mulheres, Tabela 1, Tabela 2 e Gráfico1.

Tabela 1 – Informação demográfica de CV

| Informação demográfica | |
|--|------------------------|
| População | 491.575 habitantes |
| População urbana(%):) | 61,1% (2010) |
| Taxa de crescimento anual médio da população | 0,5 milhões |
| Esperança média de vida à nascença: | 71,9 |
| Taxa de mortalidade infantil | 29 por mil nados-vivos |
| Taxa bruta de frequência do ensino primário 2001-2009 | 101,3% |
| Taxa de analfabetismo de adultos: | 15,9% |
| População com mais de 65 anos | 6,4% (2010) |
| População com menos de 15 anos | 61,9% |
| Índice de Desenvolvimento Humano 2010: | 0,534 – 118º posição |

Fonte: http://ns1.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=41&Itemid=72

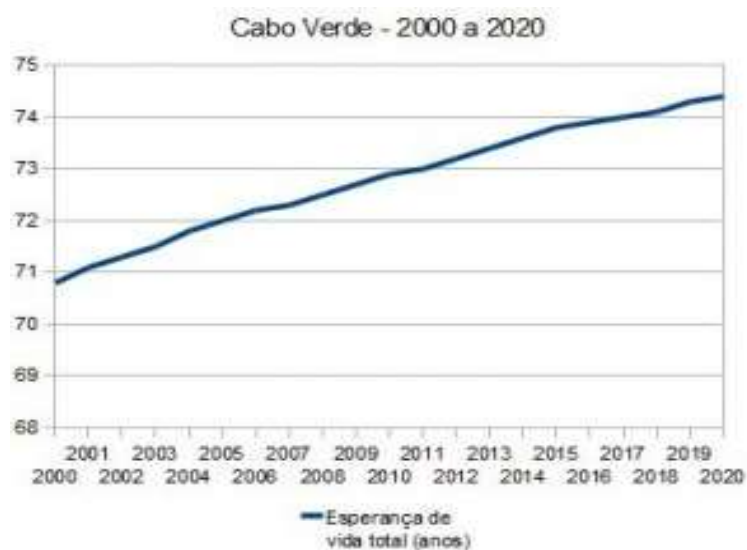
Cabo Verde tem 67% da população licenciada fora do país; 1º lugar de “fuga de cérebros” em África.

Tabela 2 - Indicadores sociais de CV

| Indicadores Sociais | |
|--|----------------|
| Índice de desenvolvimento humano – 2011 | 0,568 |
| Esperança de vida ao nascer – 2011 | 74,2 anos |
| População subnutrida – 2005 | não disponível |
| Calorias consumidas – 2005 | 2.382 Kcal/dia |
| População com acesso a água potável – 2008 | 84 % |
| População com acesso a rede sanitária – 2008 | 54% |
| Taxa de alfabetização das pessoas de 15 anos ou + | 85,90% |
| Taxa bruta de matrículas para todos os níveis de ensino | 68,10% |

Fonte: Adaptada <http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>

Gráfico 1 - Projecção Esperança de Vida Total



Fonte: <http://estatisticasenumeros.economiafinancas.com/wp-content/uploads/2010/01/esperan%C3%A7a-de-vida-total-cabo-verde.jpg>.

Estrutura social: ao contrário dos países do continente africano, não há etnia. A grande maioria da população é, no entanto, constituído pelos agricultores e operariado.

Artesanato: é jovem e imaginativo. Objectos decorativos como peças de cerâmica, batiks (tecidos tingidos artesanalmente), esculturas em casca de coco, pedra vulcânica, barro ou osso, bijuterias em conchas, tecidos e panos bordados à mão -panu di terra-, bonecas de trapos, interessantes tecelagens e tapeçarias. Objectos tradicionais: cinzeiros e candeeiros em casca de coco; figuras, garrafas e chávenas em barro; Jogos de Uril em madeira.

Comunicação

É o domínio com mais complexidade, pois está inter-relacionada com todos os outros domínios e depende das competências da linguagem verbal que incluem a língua dominante e os dialectos, as suas variações, assim como a linguagem não verbal.

A língua oficial é o português. A língua nacional, a língua do povo, é o Crioulo cabo-verdiano.

Apesar da pequenez territorial, a situação de insularidade fez com que cada uma das nove ilhas desenvolvesse uma forma própria de falar Crioulo, um dialecto diferente. A distância temporal entre a primeira e a última fase do povoamento do arquipélago e o modo como este foi feito nas diferentes ilhas em questão, fizeram com que existisse uma variação dialectal acentuada, nomeadamente entre as ilhas de Santiago e de S. Vicente.

Denomina-se de crioulo por duas razões; carácter histórico e carácter linguístico. No século XVI, usava-se a palavra “crioulo” (originalmente, “pequena cria”) para designar os escravos que se criavam nas terras descobertas e ocupadas pelos portugueses. O termo estendeu-se, depois, a todos os “naturais” dessas terras, nelas nascidos, e, finalmente, passou a designar também as línguas por eles faladas. Inicia-se, assim, um processo espontâneo e colectivo de aquisição da língua dominante, o Crioulo. O Crioulo cabo-verdeano é de base lexical portuguesa pois, a língua dominante que esteve na origem da formação. Deste modo, em CV existem apenas duas línguas nacionais: o Crioulo e o Português. Até hoje, só o Português ganhou o estatuto de língua oficial, embora se anuncie para breve um novo estatuto para o Crioulo: o de “língua de ensino e da administração”.

De um ponto de vista linguístico as variantes mais importantes são as de Fogo, Santiago, São Nicolau e Santo Antão. São as únicas ilhas que receberam escravos directamente do continente africano, possuem características linguísticas mais conservadoras e mais distintas entre si.

De um ponto de vista social as variantes mais importantes são as de Santiago e São Vicente, dois principais núcleos urbanos (Praia e Mindelo), são as variantes com maior número de falantes. Hoje o ensino oficial é todo ele em língua portuguesa mas no ensino secundário, são leccionados também o francês e o inglês.

Para os cabo-verdianos da diáspora, o Crioulo é um instrumento de cultura, um utensílio de transnacionalismo e reencontro.

Papéis e organização familiar

Este domínio, afecta todos os outros e define as relações entre os membros do grupo e os estranhos.

A família é uma das agências de socialização mais profícua que existe, é a principal agência de socialização, desde a infância até a adolescência e para além desta – numa sequência que liga as várias gerações, pois além da reprodução biológica que promove, ela converge para uma forte reprodução social, cultural e identitária, através da língua, valores religiosos, hábitos, música, dança, literatura...

O número de famílias chefiadas por mulheres é uma referência importante; cerca de 41% famílias a nível nacional e 62 % de famílias rurais têm mulheres como chefes. Pela emigração essencialmente masculina, fica a mulher com o papel de chefe de família e responsável pela criação e educação dos filhos. A matrilinearidade das famílias de cabo-verdianos residentes vai além da aproximação formalista de parentesco, envolvendo transferência de bens e direitos através de filhos e descendentes, tendo um valor cultural e simbólico.

A situação dos jovens é fortemente marcada pelo início prematuro da vida sexual, tanto entre as meninas como entre os rapazes, resultando na precocidade da gravidez e alarmantes casos de irresponsabilidade paterna e materna. No plano de equidade e da igualdade social entre os sexos, realizaram-se avanços notórios no sentido do reforço das capacidades e do poder da mulher.

Questões laborais

Apesar da aridez e da natureza insular, a agricultura e a criação de gado são os recursos económicos quase exclusivos das ilhas.

O nível de alfabetização de adultos já é elevado em comparação com outros países da subregião africana. O desemprego mantém-se ainda elevado, e a maioria não têm qualificação adequada. Várias organizações pretendem promover o micro-crédito como alternativa para os segmentos mais desfavorecidos que não são considerados pelas instituições formais de atribuição de crédito.

Ecologia cultural

A quando do seu descobrimento, as ilhas estavam desertas, com o povoamento, a população resultante da mestiçagem entre colonos europeus e escravos africanos que se fundiram num só povo, é composta por três Grupos Étnicos, se assim se podem chamar: mestiços (71%), africanos (28%) e europeus (1%).

Influências: resultante de uma mestiçagem, o crioulo revela, não apenas na cor da pele e na língua, a sua herança europeia e africana. O carácter afável e hospitaleiro, a sua forma de estar e viver muito próprias, reunidas no termo "*morabeza*", os seus costumes e tradições, moldadas pelas influências culturais múltiplas favoreceram a emergência de uma identidade cultural diferenciada: o "badiu" (natural das ilhas do sul do arquipélago, Sotavento, marcadamente mais africana) em oposição ao "sampadjudo" (natural das ilhas do norte do arquipélago, Barlavento, de influência mais europeia). Os imigrantes da costa ocidental africana a residirem na Praia, denominados de *mandjakus*.

Tem singularidade em algumas manifestações culturais em que se evidenciam, simultaneamente, traços africanos e europeus, mas que, ao mesmo tempo, deles se distanciam. Da cultura portuguesa; elementos linguísticos, o vestuário e a religião católica acrescentam ainda as técnicas de trabalho, a organização da família, a vida doméstica e alguma alimentação e da cultura africana é o uso do pilão, tabanca, o batuque, o colá. O contributo africano passa pelas manifestações relacionadas com o simbólico, os ritmos e a música, a dança, alguns aspectos linguísticos e também uma parte da alimentação.

O mestiçamento foi mais profundo e alargado em São Nicolau, onde os mestiços constituem 90% da população e em oposição a Ilha de Santiago. Badio, termo usado para rotular os Santiaguenses, considerados "africanos" de CV.

As músicas típicas, são misturas de ritmo e manifestações artísticas e são quase tantas quantas as ilhas; Morna, Coladeira e Funaná(meio rural da Ilha de Santiago), o Batuku e a Tabanka.

Na ilha de Santiago, o feiticeiro está associado ao mal, a um indivíduo que se transforma em diversos animais, o qual em determinadas noites se junta a colegas de idênticos dons, para a prática dos seus malefícios. O curandeiro recebe a designação de mestre.

Comportamentos de alto risco

A localização estratégica entre os continentes africano, europeu e americano também expõe o país a ameaças como o tráfico de droga e de pessoas ou a criminalidade internacional, reforçadas pela descontinuidade do território e pela grande extensão da Zona Económica Exclusiva.

Factores de risco para a saúde; O inquérito nacional sobre os factores de risco para as doenças não transmissíveis realizado em 2007, definiu algumas situações problemáticas nomeadamente em relação ao elevado consumo do álcool.

Constatou-se que apenas 13% da população tem um consumo de frutas e legumes dentro dos padrões recomendados. O sobre peso e a obesidade apresentaram índices preocupantes, 26,4% e 10,6%, respectivamente com maior incidência nas mulheres, 28,0% e 14,6% respectivamente. A prevalência do consumo do tabaco situou-se à volta de 10% sendo maior nos homens que nas mulheres.

Há um esforço para promover na população a mudança de comportamentos para a prática de estilos de vida saudáveis. Existem ainda insuficiências em recursos humanos e financeiros para a implementação das medidas recomendadas na estratégia nacional de promoção da saúde.

Sendo que, as consequências dramáticas do alcoolismo traduzidas na incapacidade de trabalho, na violência doméstica e nas mortes por acidentes rodoviários

O alcoolismo, para além de doença em si, constitui um factor de risco para várias doenças crónicas e representa um drama para a sociedade cabo-verdiana pelas suas consequências. Além disso, os internamentos relacionados com o consumo do álcool no Hospital Psiquiátrico da Trindade, têm representado, nos últimos anos, mais de um terço dos doentes aí hospitalizados.

Consumo de drogas; as drogas lícitas (tabaco, álcool, tranquilizantes) são as mais consumidas. Entre as ilícitas a “pajinha” ocupa o primeiro lugar.

O tabagismo constitui outro factor de risco importante para muitas doenças crónicas com destaque para as doenças cardiovasculares, pulmonares e tumores.

O consumo de tabaco por parte dos homens é superior às mulheres. No meio urbano consome-se mais o cigarro tipo ocidental, enquanto no meio rural é tabaco produzido localmente, quer sob forma de cigarro, charuto enrolado com as folhas da própria planta, sob a forma de pó de tabaco puído, para cheirar ou pôr debaixo da língua ou no espaço gengivo-jugal.

Actividade Física; O estudo de INE/MS(2007) refere que as mulheres praticam menos actividade física.

Excesso de peso e obesidade: há registo de malnutrição por excesso em especial incidência na Cidade da Praia Urbana, com uma subida da incidência da obesidade. A obesidade e o excesso de peso são factores de riscos da HTA e da Diabetes, e consequentemente das doenças cardiovasculares.

Pressão arterial: Embora não haja dados fiáveis do registo das consultas e internamentos que são geralmente deficientes, há a percepção do aumento de consultas por doenças crónicas. Por outro lado, a análise da evolução das causas dos óbitos nos últimos 6 anos permite afirmar que o país está em plena transição epidemiológica e que as doenças cardiovasculares e os tumores constituem actualmente as principais causas de morte, o que obriga a dedicar uma especial atenção à sua efectiva prevenção, detecção, tratamento e reabilitação. As doenças cardiovasculares contribuíram com 45% das causas de óbito, em 2004 e com 14% de óbitos na população com menos de 50 anos de idade. A HTA, a diabetes e as dislipidémias, são importantes factores de risco modificáveis das doenças cardiovasculares, são deficientemente diagnosticadas, tratadas e seguidas por razões relacionadas com insuficiências dos serviços de saúde por um lado e ligadas ao próprio paciente por outro, nomeadamente por questões económicas, culturais e de compreensão da doença.

Avaliação de glicémias e do colesterol: A DM, constitui um dos maiores problemas de saúde, é a principal causa de amputação não traumática de membros inferiores, a terceira causa de cegueira adquirida, uma das principais causas de insuficiência renal crónica, um dos factores de risco maior para as doenças cardiovasculares e motivo importante de internamentos por descompensação aguda

Resumo dos factores de risco combinados: as doenças não transmissíveis, em progressão rápida, tendem a atingir um peso significativo sobre saúde e a exigir soluções programadas do SNS, nomeadamente de internamento e de cuidados especializados.

Os factores de risco mais importantes são: o tabagismo, a obesidade, os maus hábitos alimentares, o alcoolismo; a falta de exercício físico e a poluição.

Comportamento sexual de risco: na esfera sexual e reprodutiva os homens têm um comportamento considerado de risco. Segundo estudo apresentado pela OMS/IDSR(2005); mostrou que 67% dos homens de 15-59 anos e 91% dos jovens de 15-24 anos, tiveram relações sexuais de alto risco nos últimos 12 meses. Além disso, 72% dos homens de 15-59 anos usaram o preservativo na última vez que tiveram uma relação sexual de alto risco, enquanto que os jovens sexualmente mais activos (15-24 anos) 79% usaram preservativo na última relação sexual de alto risco.

Higiene (estudantes): a saúde buco-dentária, revelou-se um problema importante de saúde pública, a cárie dentária é disseminada(crianças em idade escolar), quer pela elevada prevalência das periodontopatias, afectando quase todos os grupos etários e camadas sociais sem contar, obviamente, com manifestações orais de doenças sistémicas e traumatismos maxilo-faciais.

É importante a instalação de serviços especializados, a formação de especialistas e reforço na mobilização de recursos. Melhorar o diagnóstico precoce, o tratamento e o seguimento das doenças cardiovasculares, e a sensibilização da população para a prevenção e o controlo dos factores de risco.

As organizações de apoio a infectados pelo VIH/Sida, encontram-se concentradas na capital, deve-se à fraca incidência da epidemia no país, ao investimento bem sucedido dos fundos internacionais no Programa de Combate ao VIH/Sida, garantindo-lhes a qualidade de vida e tornar a sociedade mais tolerante e solidária para com eles.

Nutrição

A gastronomia, é bastante influenciada pela tradição culinária portuguesa: lagostas, perceves, lapa búzio, “bafas” e atum fresco. A base da cozinha popular é o molho, preparado de diferentes maneiras, acompanha a carne de porco, o feijão, a mandioca, e a batata doce. O prato tradicional é a Cachupa, confeccionado com carnes várias (frango, vaca, porco e enchidos) acompanhado de milho, feijão ou favas, batata e couve e enriquecido, por vezes, com ovos fritos ou peixe (atum, peixe serra, espadarte, garoupa, esmoregal e a moreia).

A base da alimentação tradicional são os alimentos produzidos localmente, quase sempre incorporando o milho. Predomina a confecção dos alimentos fritos, guisados e caldos com gordura.

As sobremesas variadas, baseia-se no leite e nas frutas nacionais - papaia, manga, coco, azedinha. Os pudins, de queijo, café ou leite. O queijo de leite de cabra, oriundo da Boavista, acompanhado de

doce de papaia (apelidado de Romeu e Julieta). Entre as bebidas, o vinho frutado do Fogo (branco e tinto), o manecon, produzido nas encostas do vulcão, e o café cru. O famoso “grogue”, aguardente de cana-de-açúcar, bebida fortemente alcoólica e fabricada ainda por métodos artesanais. O pontche e os licores de frutos juntam o “grogue” aos sabores tropicais.

Gravidez e práticas de nascimento

Saúde Reprodutiva(IDSR-II, 2005) a fecundidade passou de 4,1 filhos para 2,9 filhos o que significa que se terá observado uma redução de mais de uma criança por mulher num período de 7 anos. A prevalência da gravidez na adolescência continua preocupante e a fecundidade precoce constitui um dos problemas sociais graves. Segundo o IDSR II(2005), cerca de 19% das jovens(15-19 anos; 11,4% das raparigas tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos e 32,2% nos rapazes) engravidaram pelo menos uma vez, sendo que 15,2% já era mãe e 3,7% encontravam-se grávidas.

Existe um fraco conhecimento e utilização de contraceptivos, tendo a utilização de um método contraceptivo na primeira relação sexual sido referida por apenas 20% de meninas e 18% dos rapazes. As mulheres, no final da sua vida reprodutiva, um número médio de filhos bastante elevado, relativamente às dos países ocidentais. Apresentam altas taxas de fecundidade, uma baixa idade ao nascimento do primeiro filho e intervalos curtos entre o casamento e o primeiro nascimento.

Em Portugal, as mulheres cabo-verdianas, têm um número de filhos superior ao das mulheres portuguesas, observa-se uma maior preocupação com o controlo da natalidade, particularmente após o nascimento do primeiro filho, recorrendo mais frequentemente aos serviços de Planeamento Familiar, mesmo contra a vontade do companheiro. Mesmo as mais novas, com uma certa imaturidade inicial na forma como lidam com a sua sexualidade e algum desconhecimento das possíveis consequências de uma gravidez precoce, revelam posteriormente um forte sentido de responsabilidade na criação dos seus filhos. Apresentavam um nível nutricional dentro dos padrões normais, as suas gravidezes tiveram resultados favoráveis e os seus filhos revelaram, desde o nascimento até ao primeiro ano de vida, um crescimento adequado.

Mortalidade materna:é das taxas mais baixas na África Subsaariana. As mortes na gravidez e durante o parto caiu para metade nos últimos 20 anos, indicam dados divulgados pela ONU(79 mortes por 100 mil nascimentos).

Há acesso aos cuidados pré-natal pelas mulheres grávidas durante a gestação do último filho nascido nos cinco anos anteriores ao inquérito é de 98%, sem diferenças entre o meio urbano e o rural. Cerca de 54% das mulheres tiveram a primeira consulta pré-natal antes de decorridos 4 meses de gravidez. A assistência ao parto por um pessoal de saúde é expressiva: cerca de 78%, das quais 32% foram atendidas por médicos e 46% por enfermeiras. Os níveis de conhecimento sobre o VIH/SIDA são muito elevados: cerca de 100% das pessoas conhece ou ouviu falar do VIH. A prevalência do VIH é de 0,8% sendo 1,1% para os homens e 0,4% para as mulheres. Nas mulheres a anemia constitui também um problema de saúde pública, visto que 29% das mulheres sofrem de carência em ferro, sendo 43% nas grávidas e 36% nas mulheres aleitando.

Orfandade e presença dos pais: a maioria vive apenas com a mãe, embora na quase totalidade dos casos o pai esteja vivo, mas ausente-emigrado.

Estado civil; 42% das mulheres dos 15-49 anos encontra-se em união, com apenas 12% casadas e 30% a viver em união de facto. As solteiras representam 46%. No que concerne os homens dos 15-59 anos, mais da metade (56%) é solteira, 10% casado e 27% vive em união de facto, que constitui a forma mais comum de vida matrimonial, em detrimento do casamento.

A idade mediana na primeira relação sexual é de 17,9 anos para as mulheres de 25-49 anos e 17,5 anos para os homens no mesmo grupo de idade.

Planeamento Familiar e procura de contracepção; O conhecimento dos métodos contraceptivos é quase universal tanto para as mulheres (99,7%) como para os homens (99,8%). A prevalência contraceptiva, situa-se à volta de 44%. O uso dos métodos anticoncepcionais pelas mulheres é mais para limitar os nascimentos (26%) de que para espaçá-los (18%).

A maioria dos partos ocorre numa estrutura de saúde, assistência ao parto por pessoal de saúde é repartida entre médicos (32%) e enfermeiras (46%).

A taxa de cobertura vacinal é elevada. As infeções respiratórias agudas, a febre e a diarreia continuam a ser causas frequentes de morbilidade entre as crianças.

Estado nutricional infantil; há um baixo nível de consumo de frutas e vegetais ricos em vitamina A.

VIH/SIDA E IST; quase todos sabem que podem reduzir os riscos de contrair o VIH através do uso do preservativo. A prevalência do VIH é bastante baixa - 0,8%.

Rituais de morte

O choro é uma prática sociocultural no ritual fúnebre, entoado por familiares, amigos e vizinhos, e podendo ter destinatários diferentes: o falecido, os antepassados ou os vivos. Predominantemente feminino e existem diferentes formas de chorar, que são avaliadas por terceiros, mas todas elas obedecem a um modelo que oscila entre momentos de pausa e momentos de choro intenso. As avaliações e os juízos que são feitos sobre as famílias e a intensidade das relações das carpideiras com o defunto dependem do sucesso performativo do seu pranto. O choro não é um mero pranto, tecem no choro comentários improvisados do seu quotidiano e passam informações sobre o tipo de pessoa que era o falecido, regra geral abonatórias, e sobre o tipo de relacionamento interpessoal que tinham com ele. Mandam-se recados aos antepassados mas também aos vivos. É o cumprimento de uma obrigação social, que tem as suas regras e os seus interditos rituais com um significado simbólico associado. O cariz performativo destes rituais demonstra bem como os estados emotivos são regulados por convenções sociais.

Nos rituais ligados à morte e funeral, reza-se e chora-se pelo “finado” durante 7 dias, “chorando juntos” e através da “guisa”(meio choro, meio canto das mulheres). Coloca-se a “esteira” que é um altar coberto de panos brancos especiais com velas e um crucifixo envolto num pano branco, que é retirado no 7º dia, quando terminam as cerimónias.

As práticas e a adesão diminuem à medida que as habilitações dos indivíduos vão aumentando.

Morrer, tal como viver, não é uma actividade solitária. Os laços com os antepassados regulam as relações na comunidade, as relações dos indivíduos com a vida, a morte, a saúde e o bem-estar. O nascimento, o casamento e a morte são momentos “sociais” e familiares mais importantes e culturalmente mais ricos. São as mulheres que preparam as refeições rituais.

Espiritualidade

Professa-se a religião Cristã, maioritariamente Católica(92%), obtendo alguma expressão a Igreja Protestante(8%). A Igreja Católica tem um forte peso do ponto vista histórico, sociocultural e religioso. Existe dentro da religião, o chamado movimento espírita, do racionalismo Cristão, sobretudo na Ilha de São Vicente. No entanto, também na crença espiritual, a mestiçagem deixou as suas marcas através de uma manifestação religiosa híbrida: a tabanka.

Admitem-se laços com África, quando se assume a existência de feiticeiras, de práticas malignas que originam doenças, incidentes indesejáveis e morte precoce.

A crença tanto pode ter carácter religioso como profano, não têm fronteiras bem definidas. O povo de CV é extremamente supersticioso, há figuras aparentemente sobrenaturais, integrando o imaginário colectivo e existe uma forte crença no espiritismo. As principais crenças são; o curandeirismo, a Kórda(magia), a “fetiseria”, as bruxas, os espíritos ou finados(dum falecido) e o “guarda cabeça”.

Durante a gravidez, a mulher não pode ir a funerais nem usar luto carregado, pois pode influenciar negativamente o bom curso da gravidez e a criança nascer morta.

Nas crenças e espíritos populares, atribui-se às doenças, o mau-olhado, quebranto ou feitiço. O curandeiro representa as forças positivas de cura e prevenção tendo por oposição o feiticeiro e o bruxo, causadores de doenças e infortúnios.

Prática de cuidados de saúde

Há uma evolução positiva dos cuidados de saúde, correspondendo, de uma forma geral, às necessidades das populações.

No arquipélago, 23% das doenças estão relacionadas com factores ambientais. Os principais problemas são; as lesões oculares provocadas pela luz solar (fotoqueratite – lesão da córnea provocada radiação ultravioleta, além das cataratas), as diarreias, os ferimentos acidentais e doenças cardiovasculares. Os factores ambientais considerados no estudo da OMS são a poluição, a ocupação das populações, as radiações ultravioleta, a poluição sonora, os métodos agrícolas, as alterações do clima e ecossistemas, os tipos de construção e os comportamentos.

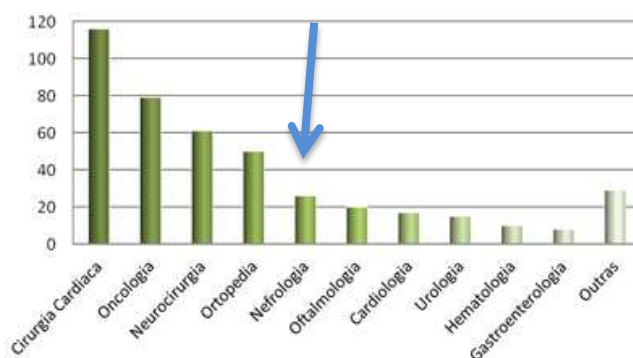
São usadas inúmeras espécies de plantas, sob a forma de infusões ou xarope, por pessoas mais velhas ou curandeiros. A medicina popular de Cabo Verde é apelidada de “remédio da terra”.

As parteiras, não fazem só partos, mas também fazem tratamentos e praticam as curas utilizando plantas e proferindo rezas.

Prestadores de cuidados de saúde

São públicos e privados; são os médicos, os enfermeiros e técnicos de saúde. Todos os municípios do país dispõem de pelo menos um médico e diversos enfermeiros. O rácio médicos/habitantes e de enfermeiros/habitantes é de 5,9/100.000 e 11,0/100.000 habitantes(CENSOS 2010). Contudo, a nível de especialidades médicas, o país ainda apresenta carências significativas com reflexo na tipologia de cuidados de saúde prestados e na necessidade de evacuações, particularmente de doenças crónicas e não transmissíveis para o exterior, designadamente Portugal, com forte impacto no financiamento da saúde.

Gráfico 2 - Doentes evacuados para o exterior segundo especialidades médicas(2010)



Fonte:

http://www.aho.afro.who.int/profiles/index.php/Cape_Verde:Public_and_private_health_care_providers/pt

Pela inexistência de tratamento(diálise) no arquipélago e especialidade de Nefrologia. Portugal e Cabo Verde assinaram protocolo no domínio dos Cuidados Nefrológicos em Abril de 2008, tendo em vista, no futuro, o tratamento de doentes insuficientes renais agudos e crónicos sem de serem evacuados. Com efeito, esse Protocolo no Domínio dos Cuidados Nefrológicos estabelece as bases para a instalação de uma Unidade de Hemodiálise no Hospital Dr. Agostinho Neto(cidade da Praia), e o desenvolvimento de um programa de diálise peritoneal, que serão da responsabilidade do Ministério da Saúde de Cabo Verde, com o apoio técnico, principalmente ao nível da formação de técnicos, e financeiro do Ministério da Saúde de Portugal. Aguarda-se a criação de Clínicas de Hemodiálise para poder tratar de todos os doentes, mantendo-se, actualmente a necessidade de os doentes serem evacuados para Portugal para continuação de tratamento.

4- A CULTURA E A ORDEM DOS ENFERMEIROS

A enfermagem transcultural não pode ser entendida como uma sub-disciplina em enfermagem, mas sim como área transversal do conhecimento em enfermagem. O propósito central da enfermagem transcultural, segundo DeSantis(1994) citado por Abreu(2009) “deve consistir na transferência de conceitos da antropologia e da enfermagem para o campo das práticas clínicas, tendo em vista referenciar culturalmente o processo e a assistência de enfermagem” (ABREU, 2009, p. 16). Sendo assim, os enfermeiros culturalmente competentes são sensíveis às diferenças culturais e utilizam este conhecimento como base para os cuidados que prestam. A anamnese é relevante como ponto de partida para a formulação de diagnósticos de enfermagem consistentes, as dimensões culturais são recursos efectivos para a avaliação contínua e consistente do estado de saúde do doente. Para Cortis(2003) citado por Abreu (2009)

“os enfermeiros necessitam também de utilizar uma perspectiva para a acção sensível às realidades culturais ao conduzir o processo de interacção com o utente, processo que inclui o reconhecimento de que nem todos os membros de um grupo cultural partilham obrigatoriamente os mesmos valores culturais”. (ABREU, 2009, p. 30)

Lidar com a diversidade de culturas, de crenças e valores, é um componente essencial dos cuidados de enfermagem. Para Nunes a aculturação é “um processo complexo, multidimensional e multidireccional que envolve os que chegam e os que acolhem, que se relacionam e interrelacionam em diversas dimensões”. (NUNES, 2009, p. 49)

Em Portugal, a OE reconhece a competência do enfermeiro de cuidados gerais, no âmbito da prática profissional, ética e legal, as seguintes competências: ... “14- reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados... 15- respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos ... 16- Presta cuidados culturalmente sensíveis...” (OE, 2009, p. 18) (competências do enfermeiro de cuidados gerais, 2003). Para o enfermeiro ser sensível em relação à cultura do outro, supõe o conhecimento como

“os grupos humanos entendem o processo de vida, como definem saúde e doença, o que fazem para manter o bem estar, o que acreditam serem as causas ou os processos de gestão da doença e como a cultura do enfermeiro influencia a forma como são prestados os cuidados”

(NUNES, 2009, p. 50)

A definição das competências de enfermeiro especialista, pela OE é “coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto

de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais”. (OE, 2010, p.18)

No Código Deontológico do Enfermeiros, no Artigo 82, alínea b) há referência que o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de “respeitar a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa...” REPE 1998

Segundo a OE, enquadramento conceptual dos cuidados são dirigidos à pessoa –

“ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se -, reconhecendo-se e interacção complexa com o ambiente - no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde.” (NUNES, 2009, p. 51).

Uma abordagem global da multiculturalidade relaciona fenómenos sociais, económicos, políticos, culturais e, no caso dos enfermeiros, as dimensões da organização e prestação de cuidados culturalmente sensíveis. Realidades diferentes requerem respostas diversas e ajustadas, no princípio da justiça como equidade. Deve-se reconhecer a dignidade das pessoas e dos enfermeiros, promover os processos e as condições que permitam prestar cuidados de elevada qualidade, seguros, adequados e que respondam às necessidades concretas, constituindo ganhos efectivos em saúde para as pessoas e as comunidades.

5- CULTURA E AS COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM SEGUNDO BENNER

A competência cultural sofre um processo evolutivo contínuo de iniciado a perito entre enfermeiro e o doente, conforme o Modelo Teórico de Benner(1996). Quadro 1.

Quadro 1- Desenvolvimento dos níveis Benner(1996) extrapolados para evolução da competência cultural

| Níveis de perícia Benner | Resumo das habilidades de envolvimento de Benner (1996) | Extrapolação das habilidades de envolvimento em competências culturais |
|--------------------------|---|--|
| Competente | <u>Envolvimento através de:</u> <ul style="list-style-type: none"> - atender às características objectivas, confiando nas emoções; - aprender a transitar entre o mais envolvimento e o menos envolvimento; - reconhecer as diferentes expressões de sofrimento pessoal e vulnerabilidade; - identificar as opções disponíveis numa situação e as tensões e resultados associados com eles; - Reflectir nas emoções e desenvolvimento pessoal. | <u>Reconhecimento da importância da cultura e do seu efeito sobre o doente:</u> <ul style="list-style-type: none"> - participar em sessões de educação para a competência cultural; - ter em conta que uma cultura emerge quando existe um identidade compartilhada; - reflectir sobre a própria cultura e como ela influencia relacionamento com o doente. - avaliar a importância da cultura e sua relevância em relação a situações particulares. |
| Proficiente | <u>Mudanças qualitativas que conduzem a:</u> <ul style="list-style-type: none"> - compreender como doente incorpora os recursos e como influencia sua visão do mundo; | <u>Mudanças qualitativas na compreensão de como a cultura é vivida em dia a dia conduz a:</u> <ul style="list-style-type: none"> - reflectindo na supervisão de expressões do doente e nas emoções; |

| | | |
|---------------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - utilizar os resultados na prática; - reconhecer limitações e pedir ajuda aos colegas. | <ul style="list-style-type: none"> - identificar as necessidades culturais no diálogo com o doente; - estar atento a diferentes pontos de vista e significado da cultura para cada doente/família e a evolução ao longo do tempo; - procurar ajuda. |
| Expert | <p><u>Desenvolvimento em comportamento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - manter a relação com o doente e família; - protecção da dignidade e personalidade para evitar a vulnerabilidade e promover a sensação de segurança no meio externo; - perceber quando a capacidade dos outros não é suficiente para promover o desenvolvimento de conhecimentos. - defender o doente, apesar das resistências. | <p><u>A segurança cultural requer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Discernir os relacionamentos com os doentes; - avaliar os sistemas de saúde e os recursos; - ampliar a influência na prática, na participação na orientação/ensino, contribuição para a política de desenvolvimento, pesquisa e publicação. |

Fonte: (adaptado de quadro 2 in) <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&sid=65b03b19-9114-41aa-aec8-f28114e127bf%40sessionmgr112&hid=125&bdata=Jmxhbm9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010359014>

Na prestação de cuidados de Enfermagem há um envolvimento cultural, tendo como desafio os cuidados culturalmente seguros, verificando-se a evolução da competência cultural dos profissionais.

6- A CULTURA E A POLÍTICA

A prestação de cuidados culturalmente adaptados deve de ser uma preocupação dos profissionais e das organizações de saúde, quer no campo específico da saúde, quer num conjunto de apoios e recursos, por exemplo, o apoio religioso, apoio emocional (visita de migrantes da mesma cultura), a disponibilização de refeições que tenham em conta os costumes alimentares dos doentes.

A migração, saúde e cuidados de saúde estão intimamente interligados. Neste contexto, surge a proposta de criação de unidades de saúde amigas dos migrantes, um exemplo é o projecto europeu “Migrants – Friendly Hospitals”. Este projecto, com o início em Outubro de 2004, com duração de dezoito meses, reuniu hospitais de doze países da união Europeia, que se constituíram como Hospitais-piloto. Com três áreas de intervenção;

- melhoria dos serviços de interpretação clínica;
- produção de informação amiga do migrante e formação para os cuidados materno-infantis;
- formação dos profissionais de saúde com vista à aquisição de competências culturais.

Um dos produtos deste projecto foi a “Declaração de Amesterdão: Hospitais amigos dos migrantes numa Europa etno-culturalmente diversa”, na qual são feitas recomendações para uma política de saúde amiga dos migrantes a nível hospital e extra hospitalar.

Em Portugal no ano 2002, criou-se o organismo; Alto Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas e posteriormente, em 2007, é promovido a instituto público e denominou-se de Alto Comissário para a Imigração e Diálogo Intercultural(ACIDI). Tutelado pela Presidência do Conselho de Ministros e tem como missão promover o diálogo permanente com as instituições (públicas e privadas), na área das migrações, com vista à melhoria das condições de vida dos imigrantes e plena integração na sociedade portuguesa, respeitando a sua identidade e a sua cultura.

Do ponto de vista cultural, a chegada de imigrantes, enriquece a sociedade de acolhimento, com a sua gastronomia, a música, a arte, a religião, as tradições, isto é, a sua cultura.

Do ponto de vista social, existem inúmeros problemas, tanto aos imigrantes como à sociedade de acolhimento. No processo migratório verificam-se inúmeras rupturas, nomeadamente, espaciais, sociais, culturais, familiares, políticas, linguísticas, implicando um enorme esforço de adaptação

psicológica e social do indivíduo e das famílias. No país de acolhimento também enfrenta grandes desafios, especificamente, na integração nas políticas de saúde e sociais.

6.1 - Acordos Bilaterais no Âmbito da Saúde

Ao longo deste capítulo, desenvolve-se o Acordo de Cooperação celebrado entre Portugal e CV, no âmbito da saúde, bem como dos procedimentos de evacuação por junta médica.

Com as transformações políticas, nos anos 70, nomeadamente a independência das colónias portuguesas (CV, Angola, Guiné Bissau, São Tomé e Príncipe e Moçambique) recriam-se relações de amizade e de solidariedade, assim como o estabelecimento de acordos de cooperação em vários domínios, entre eles o da saúde. Os acordos entre Portugal e cada um dos PALOP não são exactamente iguais, diferem por exemplo no número de doentes a tratar, que no caso de CV, o plafond é de 300 doentes ou ao pagamento das despesas inerentes ao internamento dos doentes.

A cooperação no sector da saúde entre Portugal e a República de Cabo Verde tem por base o seguinte suporte legal:

- Decreto-Lei nº 24/77, de 3 de Março
- Decreto nº 129/80, de 18 de Novembro
- Protocolo de cooperação entre a Direcção-Geral de Saúde de ambos os países, de 6 de Maio 2004.

Esta cooperação, desenvolvida pela Direcção-Geral da Saúde baseia-se numa orientação estratégica de cooperação técnica para o desenvolvimento, e tem incidido basicamente em três eixos:

1. Evacuação de doentes;
2. Formação Profissional;
3. Cooperação técnica.

Inerentes à vinda dos doentes existem compromissos/responsabilidades, assumidos por cada uma das partes, em traços gerais, resumem-se:

Quadro 2 – Responsabilidades da cooperação

| Responsabilidades do Governo português | Responsabilidades de CV |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Assistência médica hospitalar (internamento, hospital dia e ambulatório); - Meios complementares de diagnóstico e terapêutica quando efectuados em estabelecimentos hospitalares oficiais ou suas dependências; - Transporte em ambulância do aeroporto ao hospital quando clinicamente exigido. | <ul style="list-style-type: none"> - Transporte de vinda e regresso ao país de origem; - Deslocação do aeroporto ao local de destino; - Alojamento a doentes não internados, hospital dia e ambulatório; - Alojamento, após tratamento ter sido dado como concluído, pelas competentes autoridades hospitalares; - Medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em ambulatório; - Funeral ou repatriamento do corpo; - Fornecimento de próteses. |

Fonte: <http://www.dgs.pt/>

As entidades envolvidas nos Acordos de Cooperação na Saúde (Quadro 3).

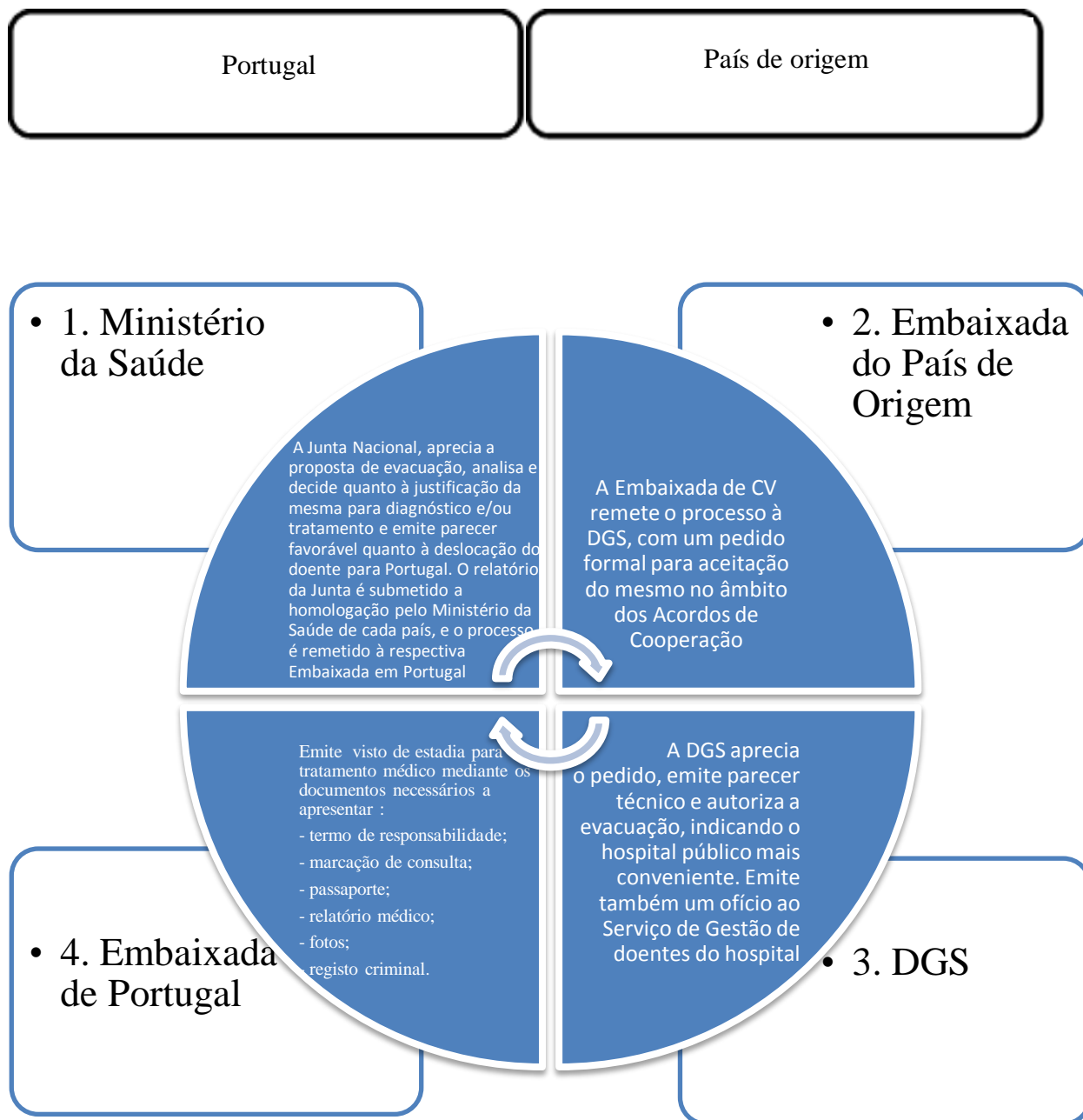
Quadro 3 - Entidades envolvidas na cooperação

| Entidades públicas portuguesas | Entidades públicas de CV |
|--|---|
| <p>Ministério da Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direcção-Geral da Saúde, entidade responsável pela coordenação e avaliação dos processos de evacuação de doentes, através da Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde; - Hospitais públicos receptores dos doentes evacuados. <p>Ministério dos Negócios Estrangeiros</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, entidade responsável pela coordenação e supervisão da cooperação portuguesa e de ajuda pública ao desenvolvimento; - Embaixadas de Portugal e respectivos serviços consulares, nos diferentes países, com competências na emissão de vistos. <p>Ministério da Administração Interna</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, que centraliza os pedidos de vistos dos diferentes consulados e é o responsável final pela sua concessão. | <ul style="list-style-type: none"> - Ministério da Saúde; - Junta Médica, responsável pela avaliação clínica da evacuação do doente; - Ministro da Saúde, que homologa o processo de evacuação do doente; - Embaixada do País em Portugal, mediadora das relações entre o país e as entidades portuguesas envolvidas. |

Fonte: <http://www.dgs.pt/>

A vinda de doentes provenientes de CV, para tratamento em Portugal envolve alguns procedimentos, o esquema seguinte sintetiza o circuito institucionalizado de evacuação não-urgente de doentes(Figura 3).

Figura 3 - Processo de evacuação de doentes provenientes dos PALOP ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da saúde



Fonte: Adaptado Circular Normativa nº 04 de 16/04/2004 e Orientação da DGS nº 006/2911 de 22/02/2011

A Junta Nacional, aprecia a proposta de evacuação efectuada pelo médico responsável pelo doente, analisa e decide quanto à justificação da evacuação para diagnóstico e/ou tratamento e emite parecer favorável quanto à deslocação do doente para Portugal.

O relatório da Junta é submetido a homologação pelo Ministério da Saúde de cada país, e o processo é remetido à respectiva Embaixada em Portugal

Apartir dos anos setenta, Portugal começou a ser escolhido como país de destino, dos PALOP, sobretudo por cabo verdianos. São essencialmente, estudantes e trabalhadores desqualificados (sector da construção civil), que vêm colmatar a escassez de mão-de-obra motivada pela emigração. Anteriormente, e esporadicamente, era apenas o destino de alguns espanhóis à procura de trabalho ou refugiados da guerra civil. Esta fraca procura deveu-se grandemente aos modelos de sociedade e de desenvolvimento vigentes na altura.

7- A CULTURA E A COMUNICAÇÃO

Com o aumento da globalização e dos fluxos migratórios faz com que sejamos confrontados com uma grande heterogeneidade linguística e cultural dos seus utentes, exigindo a adopção de estratégias adequadas para fazer face a esta nova realidade cultural, comunicacional e sanitária. Com efeito, os utentes e os profissionais que trabalham em contexto de saúde, são confrontados com dificuldades provenientes de problemas de comunicação. Para Ramos

“a articulação e o encontro interdisciplinar entre cultura, comunicação e saúde vêm, particularmente, colocar novos desafios políticos, teóricos, e metodológicos a nível da formação, da pesquisa, e da intervenção, exigindo a integração do paradigma intercultural”

(RAMOS, 2009, p. 68).

O paradigma intercultural implica, segundo Ramos “o desenvolvimento de competências psicológicas, culturais, sociais, pedagógicas, comunicacionais e de cidadania que permitem interações sociais harmoniosas.” (RAMOS, 2009, p. 68)

A comunicação constitui um conceito integrador, o qual redimensiona as relações entre os indivíduos, entre o indivíduo e a sociedade, entre o indivíduo e a cultura e, ainda, entre o indivíduo e a saúde/doença. A comunicação é um fenómeno social complexo e multidimensional. Segundo Ramos “comunicar com o outro implica a tomada em conta da sua identidade na interacção”. (RAMOS, 2009, p. 68)

As representações de saúde, de doença, crenças, práticas e rituais de protecção e de saúde variam, nomeadamente, segundo os indivíduos, os grupos, as classes sociais, as culturas e os contextos de desenvolvimento. Assim sendo, pessoas de culturas diferentes podem atribuir significados diferentes às mesmas realidades, podem desenvolver percepções sociais diferentes, o que poderá originar incompreensão mútua, conflitos e dificuldades de comunicação.

A cultura fornece um conjunto de significações que servem de recurso ao indivíduo para interpretar as situações em que se encontra e dar um sentido às suas práticas. Os sistemas de interpretação da saúde têm uma lógica cultural e organizam as práticas sociais e simbólicas em relação à medicina, à doença, à família, à educação e ao desenvolvimento. A co-existência de sistema médico oficial e métodos terapêuticos tradicionais e alternativos, poderá originar conflitos e problemas comunicacionais em saúde. Para Ramos

“as dificuldades comunicacionais em contexto de cuidados de saúde têm a ver, com a falta de

conhecimentos e de respeito dos profissionais de saúde sobre as representações e as crenças de saúde e doença do utente/doença e sobre as relações deste com o seu mundo social, espiritual e cultural”. (RAMOS, 2009, p. 70)

A contextualização interna (as experiências anteriores, expectativas, preconceitos, representações culturais) e externa (o ambiente, os factores culturais, sociais e económicos) dos cuidados de saúde tem influência na comunicação profissional de saúde/doente e no desempenho e eficácia das interpretações dos problemas por parte do profissional de saúde, assim com, a adesão à terapêutica.

Citando Ramos, “a comunicação em contexto de saúde tem de estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente/doente”. (RAMOS, 2009, p. 71)

Assim a instauração de um clima de confiança e de compreensão, passa por gestos atitudes e palavras acessíveis e simples, pelo diálogo e pela comunicação com o outro, exigindo o conhecimento, não só, da cultura e o respeito pela diversidade mas, e também, exigindo atenção, sensibilidade, disponibilidade e empatia, em relação ao indivíduo e às situações, na sua singularidade e especificidade.

Uma ética de cuidados implica ter em conta a cultura do doente e dar a este explicações sobre a doença, sobre as medidas protectoras, sobre as prescrições às quais se deve submeter, os medicamentos que deverá tomar, numa língua e linguagem acessíveis à sua compreensão influenciando, em maior ou menor grau, a adesão à terapêutica. As barreiras culturais e linguísticas, geram grandes problemas, não só aos doentes, como aos próprios profissionais de saúde.

O acolhimento e a hospitalização do doente originário de outras culturas tornam-se mais difíceis quando o pessoal de saúde, em vez de adoptar uma atitude de compreensão, impõe ao doente condutas e atitudes, das quais ele não compreende a lógica e o sentido ou que são, por vezes, contraditórias com os seus hábitos e costumes e com as suas crenças culturais e religiosas. Esta situação aumenta a ansiedade, os conflitos, originando estas diferenças e a dificuldade em ultrapassá-las muitos preconceitos, estereótipos e incompreensão, de parte a parte, e problemas de comunicação. Segundo RAMOS “as dificuldades em estabelecer uma relação compreensiva, empática e afectiva conduzem os profissionais de saúde a uma atitude de distanciamento e refugiarem-se numa atitude mais técnica e impessoal com o doente”. (RAMOS, 2009, p. 74)

A comunicação em saúde envolve a análise e a utilização de processos, estratégias e políticas de comunicação com o objectivo de informar e influenciar os comportamentos e as decisões dos

indivíduos, dos grupos, das comunidades, dos profissionais e das organizações, no sentido da promoção da saúde e do bem-estar, da prevenção das situações de doença, de risco e vulnerabilidade e, ainda, da melhoria da comunicação e do acolhimento nas unidades de saúde e da humanização dos cuidados de saúde.

A qualidade da comunicação e dos cuidados ao utente/doente e sua família exige a participação de todos os implicados, ou seja, profissionais de saúde, gestores, decisores políticos e utentes/doentes e familiares.

Para RAMOS

“é importante ter em conta, a compreensão da cultura e das suas diversas formas de inscrição no corpo, na doença e nas modalidades de comunicação, assim como, o conhecimento das diversas culturas e variabilidade das suas representações e práticas sobre a saúde, a doença, a cura e sobre as formas de comunicar a dor e o sofrimento”. (RAMOS, 2009, p. 78)

isto é, conhecer e compreender as formas de viver, de pensar, de comunicar e de agir dos indivíduos e uma formação psico-social-cultural dos profissionais de saúde.

8- A TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM E A IRCT

A Teoria de AC de Orem baseia-se na premissa que os doentes podem cuidar de si próprios e em que todos os doentes desejam cuidar de próprios. Assim e com o controlo, num trabalho contínuo para manter a vida e a saúde, recuperar-se da doença e adaptar-se aos efeitos, Orem desenvolveu a Teoria do AC em três vertentes: o autocuidado, o défice de autocuidado e o sistema de enfermagem. (Orem, 1980).

O AC é usado como sinónimo de “para si próprio e efectuado por si próprio. O que produz o AC é o agente de AC” (OREM, 1980, p. 35). O termo *agente de AC* é utilizado no sentido de ser o indivíduo que efectua a acção, ser um agente activo. Sendo assim, AC é “a prática de actividades que os indivíduos iniciam e efectuam em seu próprio benefício na manutenção da vida, saúde e bem-estar”. (OREM, 1980, p. 35)

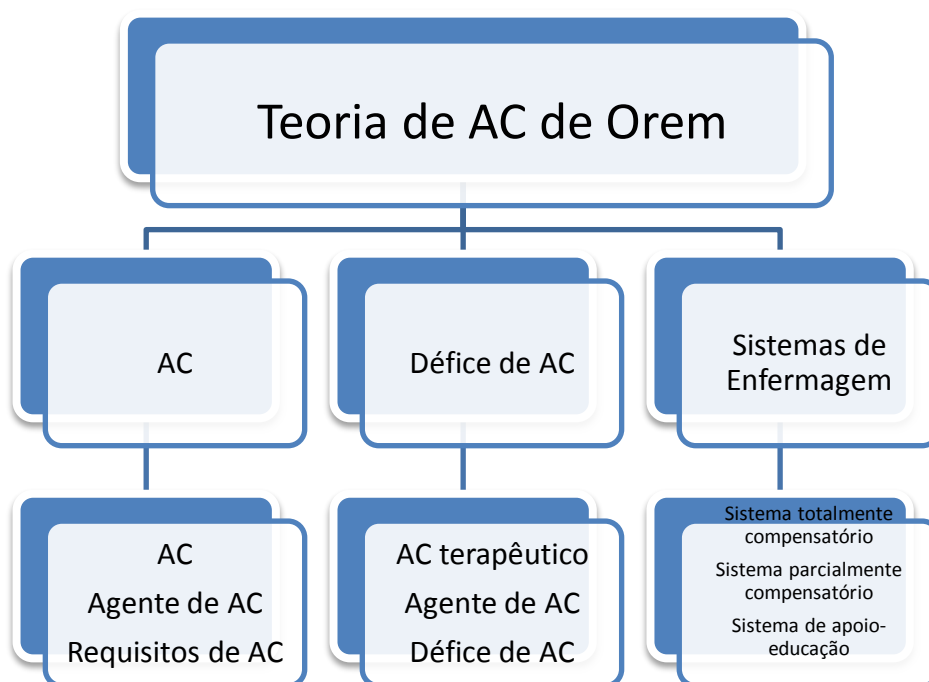
Há a referir que “os doentes ou os incapacitados requerem cuidado total ou parcial de outros(ou assistência sob a forma de ensino ou orientação) dependendo do seu estado de saúde e dos requisitos imediatos e futuros de AC” (...) cuidar dos outros(cuidados de enfermagem) é a contribuição de um adulto para a saúde e bem-estar dos membros dependentes”. (OREM, 1980, p. 36). Os *requisitos* são “são generalizações sobre os objectivos que os indivíduos têm ou devem ter quando efectuam AC e permanecem dentro do domínio das profissões de cuidados de saúde”. (OREM, 1980, p. 37)

O défice de AC consiste em explicar quando e por que a enfermagem torna-se necessária e imprescindível ao doente em relação ao processo de cuidar, é mais abrangente que vertente de AC. (Orem, 1980)

A vertente do sistema de enfermagem, relaciona-se com o facto de o doente estar em situação de défice de AC e para compensá-lo, necessita de cuidados de enfermagem. Este sistema de enfermagem é classificado em; totalmente compensatório (quando o doente é incapaz de se autocuidar, sendo a responsabilidade da enfermagem); parcialmente compensatório(tanto o enfermeiro quanto o doente desempenham as acções de AC) e apoio e educação(o doente tem recursos para se autocuidar, mas necessita da enfermagem para apoio, orientação e instrução para desempenhar as acções de AC terapêutico) (Orem, 1980). Na prática de enfermagem, é necessário uma avaliação contínua e actualizada do doente, afim de adequar o plano de assistência às necessidades e habilidades individuais.

Na visão da Teoria de AC de Orem, após a equipa de enfermagem identificar o défice de AC, estabelece-se um Plano de Acção junto do doente, para que os défices de AC sejam ultrapassados. Assinala-se também que “cada pessoa tem requisitos” para o AC; o grau para os atingir e a forma de os perceber; os indivíduos experimentarão a procura de acções para cuidar deles próprios”. (Figura 4) (OREM, 1980, p. 39)

Figura 4 - Resumo da Teoria de AC de Orem



A educação em saúde participativa, apresentou-se como fundamental estratégia para a reflexão e discussão das situações de saúde, levando à tomada de consciência, o que conduz a uma melhor resolução das situações vivenciadas. A prática educativa, que considera o ser humano na construção do processo de cuidado, é uma contribuição à pessoa como sentido de tornar o AC uma realidade. (Orem, 1980)

Segundo Orem, “os enfermeiros desenvolvem capacidades para: (1) identificar os requisitos de AC dos seus doentes, (2) seleccionar ou confirmar os métodos gerais através dos quais cada um dos requisitos identificados podem e serão conhecidos e (3) identificar as acções a serem tomadas para alcançar cada requisito específico de AC”.

Pretende-se estabelecer um Plano de Cuidados ao doente com IRCT em programa regular de HD, em que se identificam as seguintes características(Tabela 3):

Tabela 3 - Características dos cuidados de Enfermagem segundo Orem(1980)

| Tipo de situação de cuidados de enfermagem | Procura do AC e dos requisitos de AC | Acções limitadas ou requisitos de acções | Finalidades de cuidados de enfermagem |
|---|--|--|--|
| Individual | A procura do AC é constituída pela mistura dos requisitos universais, de desenvolvimento e dos desvios de saúde. | As limitações oriundas ou relacionadas com a saúde, para realizar o AC | - desenvolver ou regular o exercício do AC; - compensar limitações de acção para que a procura do AC terapêutico seja alcançada efectiva e continuamente. |

Adaptado de Tabela 4.1 - OREM, Dorothea E. (1980) – **Nursing: Concepts of Practice**. 2ª ed. USA: McGraw-Hill Book Company. p. 62-63.

Tipo de situações de enfermagem

De acordo com a Teoria Orem, há cinco métodos de ajuda através dos quais um indivíduo pode compensar ou superar a dependência para o AC: 1) agir ou fazer pelo outro; 2) orientar o outro; 3) apoiar o outro (físico ou psicologicamente); 4) proporcionar e manter um ambiente que dê suporte ao desenvolvimento pessoal; 5) ensinar o outro. O enfermeiro pode ajudar o indivíduo utilizando um ou de todos os métodos de ajuda, de modo a promover o AC.

O Sistema de Enfermagem baseia-se nas necessidades de AC e nas capacidades do indivíduo para executar as actividades de AC. Sendo classificado em três tipos de sistemas: 1) sistema totalmente compensatório; 2) sistema parcialmente compensatório e 3) sistema de apoio/educação. (Orem, 1980)

Na prestação de Cuidados de Enfermagem, todos os métodos de ajuda podem ser necessários. O AC que o indivíduo pode ou não realizar e as razões para que não consiga geri-lo, irão orientar a enfermagem na selecção de métodos adequados de ajuda, sendo que uns sejam utilizados com mais frequência do que outros, assim como, uma alteração da capacidade de AC do indivíduo, exige um novo planeamento dos métodos de ajuda. Perante o IRCT a realizar HD proveniente de CV que vivencia mudanças bruscas na sua vida, o enfermeiro utilizaria, orientação e ensino e forneceria condições ambientais adequadas de tratamento, estimulando as suas capacidades e habilidades, proporcionando a adaptação ao novo estilo de vida e que assuma o controlo do seu tratamento. A constante relação entre enfermeiro e DRCT a realizar HD, permite ao enfermeiro uma melhor compreensão das necessidades educacionais, psicossociais e por vezes económicas, sendo assim, o elemento fundamental para coordenar e construir um plano de ensino para o AC, pois assim se tornará independente e autónomo.

Da recolha de dados efectuada ao longo do estágio, salienta-se que as necessidades de orientação de enfermagem, centram-se, essencialmente, nas áreas da alimentação e da ingestão hídrica. Assim, deve-se estabelecer um plano de cuidados individualizado para o AC, com intervenções educativas, de acordo com a avaliação contínua e actualizada e reflexão sobre os comportamentos, contribuindo para a redução da ansiedade inicial, viabilizando o AC, diminuindo as intercorrências associadas à DRCT e promover a adesão terapêutica nas diversas vertentes. De salientar que destes indivíduos, iniciam HD em contexto de emergência, sem uma preparação prévia de cuidados de enfermagem e segundo Santos, Rocha e Berardinelli, 2010, observa-se um alto grau de stress e dificuldade na adesão ao tratamento e às acções de AC.

Segundo um estudo realizado por Santos, Rocha e Berardinelli, 2010, onde foram identificadas necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado em doentes em HD nas seguintes áreas: alimentação, ingestão hídrica, complicações da HD, anticoagulação, prática da actividade física, problemas emocionais, actividades de lazer.

9- ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Desenvolvi estágios clínicos no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental: Hospital de Santa Cruz (01/10/2012 a 19/12/2012) na Unidade de Diálise Peritoneal, Consulta de Transplantação Renal e Unidade de Hemodiálise), e posteriormente no Centro Hospitalar Lisboa Norte(03/01/2013 a 08/02/2013) na Unidade de Hemodiálise, conforme Cronograma e Actividades Desenvolvidas (Tabela 5)

Estudo a realizar

Justifica-se este estudo, pois é uma forma de aprofundar os conhecimentos e proporcionar aos doentes com IRCT submetidos a HD a vivência da prática de uma teoria de enfermagem – Teoria do Autocuidado de Orem, possibilitando aos doentes o incentivo e desenvolvimento do autocuidado.

Objectivos

Pretendo com este trabalho uma recolha de dados demográficos sobre os doentes provenientes de CV a realizar HD num hospital central, conhecer o processo o processo burocrático de evacuação; Identificar áreas prioritárias de intervenção de Enfermagem a doentes evacuados de CV, assim como, a doentes de outras culturas.

Os enfermeiros, no seu dia-a-dia, contactam com diferentes culturas, existindo uma necessidade de adaptação destes para que o cuidar, por eles desenvolvido, seja empático, com ganhos para ambas as partes: melhoria do estado de saúde do doente e aquisição de novos conhecimentos sobre a cultura do mesmo. O cuidar na multiculturalidade é uma realidade devido à situação mundial de mobilidade humana e à globalização. Promoção do autocuidado perante a IRCT, pois o primeiro passo na operacionalização de um processo de enfermagem segundo Orem é a identificação das limitações e/ou habilidades para o AC, determinando a capacidade de AC.(Orem, 1980)

Amostra

Definiu-se a amostra, todos os doentes com DRCT a realizar HD na Unidade de HD de um Hospital Central em Janeiro de 2013, provenientes de CV, sendo o grupo de doentes provenientes de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) predominante. Justificando-se a predominância no facto dos cuidados de saúde, em outros PALOP, estarem mais estruturados e/ou recorrerem com mais frequência aos cuidados de saúde a país mais próximos geograficamente.

Metodologia

Tipo de estudo: estudo exploratório e descritivo da problemática da DRCT como factor precipitante da imigração.

População em estudo: Segundo informação fornecida pela Embaixada de CV, em Portugal encontram-se “actualmente em tratamento de Hemodiálise e Diálise Peritoneal 131 doentes” e foram “evacuados ao Abrigo do Acordo no Domínio da Saúde, esses doentes são tratados no Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente, Hospital de Santa Maria, Curry Cabral, Santa Cruz, Garcia de Orta, Amadora Sintra” e segundo a mesma fonte há “37 doentes transplantados renais”. Ao longo do ano de 2012 foram “evacuados 21 doentes com IRC” (Apêndice 5).

Como população de estudo foi definida a seguinte: doentes com IRCT provenientes de CV, em programa regular de hemodiálise na Unidade de Hemodiálise de Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Santa Maria.

CrITÉRIOS de inclusão: doentes com IRCT provenientes de CV, em programa regular de HD na Unidade de Hemodiálise de Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital Santa Maria, no mês de Janeiro de 2013. Posteriormente, foi alterado o critério de inclusão do mês, para Abril, devido ao processo burocrático de autorização da Comissão de Ética.

Recolha de dados: Aplicação de questionários à população em estudo e conversas informais em momentos de prestação de cuidados. A realizar no mês de Fevereiro de 2013. Esta recolha foi adiada para o mês de Abril, devido ao processo burocrático de autorização da Comissão de Ética (Anexo 1).

Os questionários (Apêndice 1) foram aplicados durante a sessão de HD, acompanhados da prévia explicação do mesmo, dos objectivos e da confidencialidade, assim como, a assinatura do consentimento informado (Apêndice 2).

Análise de dados: Caracterização demográfica da população em estudo e necessidades específicas de intervenção de cuidados de Enfermagem (Tabela 4).

Tabela 4 - Dados recolhidos dos questionários

| DADOS DEMOGRÁFICOS (n= 13) | |
|-----------------------------------|---|
| Idade(anos) | 22-57 (média 41,7) |
| Sexo | 9 ♀ 4 ♂ |
| Estado civil | Solteiro- 12 Casado- 1 |
| Filhos (nº) | 0- 2 1-2- 2 +2- 9 |
| Escolaridade | Sem escolaridade- 4 Básica- 7 Secundária- 2 |
| Profissão | Desempregado- 9 Agricultor- 2 Estudante- 2 |
| 1ª TSFR | HD- 13 Outra- 0 |
| Tempo em HD(meses) | 1-68(média: 14,8) |
| Etiologia da IRCT | HTA- 10 DM- 2 Nefropatia Ig A- 1 |
| Patologias associadas | Epilepsia Nefrite lúpica |
| Necessidades de AC | Alimentação Restrição hídrica Autoestima e mudança geográfica |
| Regresso a CV | Sim- 2 Não- 8 Talvez- 3 |

Da recolha dos dados demográficos, há a salientar:

- Apesar do estado civil, ser solteiro, a maioria têm companheiro/a e filhos que ficam em CV ao cuidados deste;
- a idade dos indivíduos é jovem, (média de 41,7 anos);
- iniciam a técnica de substituição da função renal num estados avançado da doença e de forma emergente;
- escolhem a técnica de HD, devido a baixa motivação para o AC e condições habitacionais deficientes;
- Os doentes com mais tempo de permanência na unidade HD (por exemplo: 44 e 68 meses), deve-se ao facto da falência múltipla de acessos vasculares;
- A maioria percebe melhor português do que fala;
- A maioria era seguida, clinicamente, de forma irregular, assim como, administração de medicação;
- Todos os dados recolhidos foram estudados sem identificação dos doentes, assegurando o anonimato e direito à privacidade.
- o regresso a CV nem sempre é desejado, pois referem que ficando em Portugal têm melhores condições de serem transplantados.

Segundo um estudo realizado por Fornemis(et al) (2011) em Itália sobre os doentes imigrantes em tratamento dialítico crónico, verificou; que a maioria eram jovens - “idade média 46 ± 14 anos” (FORNEMIS, 2011, p. 314) e com encaminhamento tardio, assim como, início de tratamento com HD de emergência – “17%” (FORNEMIS, 2011, p. 314). Referem, ainda que cerca de metade dos doentes tinham baixo nível de conhecimento da língua dificultando a comunicação dos profissionais de saúde e os doentes e “a informação sobre as necessidades de cuidado e terapia de substituição de doenças renais são ainda escassos” (FORNEMIS, 2011, p. 315). Para superar estas dificuldades, deve-se estabelecer um plano de cuidados, aceitando sem preconceitos os estilos de vida, e diferentes valores(cultura) e explicar em linguagem acessível a complexidade do tratamento da doença renal crónica terminal. (Fornemis, 2011)

Tema: “O enfermeiro especialista como elemento promotor na adaptação à doença renal crónica terminal em doentes provenientes de Cabo Verde e a promoção do autocuidado”.

Figura 5 - Cronograma da aplicação do questionário.

| ACTIVIDADES | ANO | | | | 2013 |
|---------------------------|-------|-------|-------|--|-------|
| | MÊS | | | | Abril |
| | DIAS | | | | |
| Aplicação do Questionário | 13,15 | | | | |
| Recolha dos dados | | 13,15 | | | |
| Análise dos dados | | | 16-26 | | |
| Divulgação dos dados | | | | | 29-30 |

9.1- Plano de Cuidados de Enfermagem ao DRCT em HD segundo a Teoria do AC de Orem

Após a identificação das necessidades de AC do DRCT em HD proveniente de CV, estabelece-se um plano de intervenções específicas de Enfermagem para atender as necessidades encontradas. Para orientar o desenvolvimento dos cuidados de Enfermagem, são elaboradas metas e objectivos a ser atingidos. Para Orem, o AC é uma característica humana e entendido como a prática de actividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. (Orem,1980)

Dos dados recolhidos, salienta-se os défices de AC relacionados com a alimentação e ingestão hídrica que norteiam a elaboração de diagnósticos de enfermagem. Daí se estabelece um plano de cuidados:

Quadro 4 - Plano de cuidados de enfermagem DRCT em HD segundo a Teoria do AC de Orem com base nos défices de AC salientados na recolha de dados.

| Requisitos de AC | Nutrição desequilibrada | Ingestão de líquidos | Autoestima e mudança geográfica |
|--|--|--|---|
| Défi ce de AC | Ingestão excessiva alimentar | Ingestão de líquidos superior ao volume diário recomendado | Sentimentos de tristeza, angústia e apreensão |
| Diagnóstico de Enfermagem | Défi ce de AC na alimentação; ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas e de alimentos ricos em potássio relacionado défi ce de conhecimento | Volume excessivo de líquidos relacionado com mecanismos reguladores de comprometidos | Baixa autoestima relacionada com a doença e mudança geográfica; |
| Objectivo | Ter uma alimentação equilibrada, na qualidade e na quantidade | Ser capaz de controlar a ingestão hídrica. | Melhorar a autoestima |
| Métodos de ajuda | Guiar e orientar o DRCT e/ou sua família | Guiar e orientar o DRCT e/ou sua família | Proporcionar apoio psicológico. Solicitar apoios institucionais; |
| Tipos de sistema e intervenções | Apoio e educação: - ensinar e orientar dieta para a IRC; - alertar para sinais e sintomas de hipercaliémia; | Ensinar a contabilizar a quantidade de ingestão hídrica aconselhada, tendo em conta a função renal residual; Explicar os riscos da ingestão hídrica | Apoiar e encorajar atitudes que melhorem a sua auto percepção; - favorecer a expressão de sentimentos; |

| | | | |
|--|--|------------|--|
| | | excessiva; | - incentivar a relação com outros doentes que tiveram as mesmas vivências. |
|--|--|------------|--|

O tipo de sistema de enfermagem que prevalece é o de apoio - educação o que é mais adequado e coerente com a realidade de prestação de cuidados de enfermagem ao DRCT proveniente de CV a realizar HD, uma vez que este processo educativo e de orientação é permanente e ocorre durante o tratamento (sessões de HD), sendo estas com duração de quatro horas e três vezes por semana. Neste processo, tem como desafio a adesão ao tratamento pela emergente necessidade de alteração dos hábitos de vida, numa população proveniente de outro país e com o diagnóstico de doença crónica com necessidade de tratamento invasivo e periódico. Destaca-se a problemática social, em que estes doentes são expostos, pois residem em residências fornecidas pela Embaixada de CV ou com familiares, salientando-se a precaridade (Apêndice 5)

9.2- Cronograma

10- CONCLUSÃO

O mundo pluricultural e globalmente interdependente necessita duma abordagem de cidadania, que incorpore a dinâmica da diversidade cultural e os princípios fundamentais dos direitos humanos em estratégias e políticas que promovam o reforço da democracia e da coesão social, o desenvolvimento humano, os direitos culturais, a cooperação e solidariedade entre os indivíduos e as nações, a comunicação intercultural e o bem-estar e qualidade de vida de todos os cidadãos.

O descobrir, estudar e compreender a cultura, valores, crenças e padrões de vida diferentes, constituem um dos maiores desafios na prestação de cuidados de Enfermagem. O respeito pela cultura diferente, possibilita a valorização do conjunto das suas relações com a equipa de saúde. A aproximação do prestador de cuidados com a realidade vivida pelo DRCT, ajuda a compreender e actuar da melhor forma perante os comportamentos e hábitos, auxiliando-os nos seus desafios.

A equipa de Enfermagem ao prestar cuidados a indivíduos com IRCT em programa regular de HD, é fundamental a orientação e apoio na adaptação à DRCT, contribuindo para que este adquira competências e habilidades de acções de AC e consequentemente favoreça a sua qualidade de vida.

Fazendo uma análise crítica sobre o meu percurso durante o meu estágio e realização de Relatório e os resultados obtidos, despertei para uma área da Enfermagem que tinha poucos conhecimentos, a Enfermagem Transcultural. Este percurso foi fundamental na aquisição e aprofundamento de conhecimentos, que permitiram, após várias reflexões, mudanças de comportamentos, fundamentais na prestação de cuidados culturalmente capazes. Constituiu uma experiência muito gratificante, pelo meu crescimento pessoal, numa visão mais culturalmente alargada do meu mundo, e pela vontade profissional de ser culturalmente capaz e principalmente, o perceber a importância dessa capacidade. Infelizmente, não foi criado um manual de acolhimento adaptado/dirigido a DRCT proveniente de CV, mas sim um mais geral, adaptando-o na prática diária dos cuidados.

Apesar das condicionantes, como a falta de tempo, sinto que atingi os objectivos estabelecidos, pois sedimentei competências nas áreas da Nefrologia e Enfermagem Transcultural. Sem esquecer a importância da troca de experiências com colegas provenientes de CV que se encontram no meu Serviço a adquirir experiência no tratamento da IRCT. Foi fundamental a ajuda e a orientação da Prof^a Doutora Maria Saraiva neste percurso, e toda a disponibilidade. Nem sempre consegui transmitir todas as mudanças e expectativas, pelo que provoca alguma insatisfação pessoal, mas que é compensada pela concientização que, mesmo as melhorias não relatadas, são visíveis no meu cuidar diário.

BIBLIOGRAFIA

BENNER, Patrícia(2005) – **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto. ISBN 989-558-052-5.

Campinha-Bacote, Josepha(2002). **The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services "Cultural competence is the process of becoming; not a state of being."**

Acedido em 05/11/2012. Disponível em:
http://www.transculturalcare.net/Cultural_Competence_Model.htm

COMISSÃO EUROPEIA(2004) - **Declaração de Amesterdão: Hospitais migrant-friendly numa Europa etno-cultural diversificada - Migração, diversidade, saúde e hospitais**. Amesterdão.

Acedido em: 05/01/2013. Disponível em: http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_portuguese.pdf

DUKE J.; [et al] - Becoming a Culturally Competent Health Practitioner in the Delivery of Culturally Safe Care: A Process Oriented Approach. **Journal Of Cultural Diversity**. [em linha]. vol. 16, nº 2, (Summer 2009), p. 40-48. Acedido em: 07/10/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=45220941-6688-4fb8-81fb-8b7baaabcc16%40sessionmgr111&vid=8&hid=103>

FORNERIS, Giacomo; BOERO, Roberto; MASSARA, Carlo (2011) - “Immigrants and dialysis: a survey in Piedmont”. [em linha]. **Giornale Italiano Di Nefrologia: Organo Ufficiale Della Società Italiana Di Nefrologia** [G Ital Nefrol] 2011 May-Jun; Vol. 28 (3), pp. 314-8. Acedido em 14/06/2012. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=125&sid=a1494dc6-6e51-45fa-8098-e9b1f3cb40ce%40sessionmgr115>.

GUIA DA NORMA PARA A ELABORAÇÃO DE TRABALHOS, BIBLIOGRÁFICOS E CITAÇÕES – ESEL, 2011. Disponível em:
<http://www.esel.pt/ESEL/PT/CentroDocumentacao/Recursos/Guia+de+Normas/guia+normas.htm>

HENRIQUES, Maria Adelina(2010) – **Argumentos para uma viagem sem regresso. A imigração PALOP por via da saúde: um estudo de caso**. [em linha]. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural. ISBN 978-989-685-006-7. Dissertação de mestrado: 32. Acedido

em 06/11/2012. Disponível em: <http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/1809/1/ARGUMENTOS%20PARA%20UMA%20VIAGEM%20SEM%20REGRESSO.%20A%20MIGRA%C3%87%C3%83O%20PALOP%20POR%20VIA%20DA%20SA%C3%9ADE%20UM%20ESTUDO%20DE%20CASO.pdf>

HESBEEN, Walter(2004) – **Cuidar neste mundo**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-71-1.

LOPES, J. et al(2009) – **Multiculturalidade – Perspectivas da Enfermagem: Contributos para melhor cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-45-5.

MAHABEER, Suzette – A descriptive study of the cultural competence of hemodialysis nurses. **The CANNT Journal**. [em linha]. Vol. 19, nº 4(October-December, 2009), p. 30-34. ISSN: 1498-5136
Acedido em 05/02/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=bc2a84cf-8eae-4583-ac37-9960ae86a3d4%40sessionmgr110&hid=108>

MAIER-LORENTZ, Madeline – Transcultural Nursing: Its Importance in Nursing Practice. **Journal of Cultural Diversity**. [em linha]. Vol. 15, nº 1 (Spring 2008), p. 37-43. Acedido em: 07/10/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=45220941-6688-4fb8-81fb-8b7baaabcc16%40sessionmgr111&vid=7&hid=103>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (1996). REPE; Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS(2009) - **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidade Clínicas e Enfermagem. Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. [em linha]. Lisboa; Conselho de Enfermagem.. disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>. Acedido em 03/02/2013

ORDEM DOS ENFERMEIROS(2011) - **Modelo de Desenvolvimento Profissional: documental de operacionalde competências e programas formativos. Progressividade e etapas**. [em linha]. Lisboa: Caderno temático 4. Conselho de Enfermagem. Acedido em 03/02/2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>.

OREM, Dorothea E. (1980) – **Nursing: Concepts of Practice**. 2ª ed. USA: McGraw-Hill Book Company

PURNELL, Larry D., PAULANKA, Betty J. (2010) – **Cuidados de Saúde Transculturais: Uma abordagem Culturalmente Competente**. 3ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-28-4.

RAMOS, Islane [et al] - A Teoria de Orem e o Cuidado a Paciente Renal Crónico. **Revista Enfermagem UERJ**. [em linha]. Rio de Janeiro. Nº. 15 (Abril/Junho). P 444-449. Acedido em 06/11/2012. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a20.pdf>

SANTOS, Iraci; ROCHA, Renata; BERARDINELLI – Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. Vol 64, nº 2 (Março-Abril, 2011), p. 335-342. ISSN 0034-7167. Acedido em 10/06/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a18v64n2.pdf>.

SILVA, António Carlos; MARTINGO, Carla (2007) – Unidades de saúde amigas dos migrantes – uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal. **Revista Migrações**. [em linha]. Lisboa. Nº 1 (Setembro 2007). p. 155-159. Acedido em 06/11/2012. Disponível em: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art8.pdf

SIMMONS, Laurie – Dorthea Orem's Self Care Theory as Related To Nursing Practice in Hemodialysis. **Nephrology Nursing Journal**. [em linha]. Vol 36. Nº. 4 (Julho/Agosto ano). P. 419-422. Acedido em 06/11/2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8576a9bb-666e-434b-926d-ea96e2cff9aa%40sessionmgr110&vid=5&hid=108>

Trabalho elaborado no âmbito da Unidade Currucular; Opção I. Modelo de Purnell de Competência Cultural: Cabo Verde. Cristina Dias ESEL. 2012

UNIDADE CURRICULAR DE OPÇÃO I: Saúde Cultura e Imigração: Uma abordagem culturalmente competente(Apontamentos). Prof. Edmundo Sousa. ESEL, 2012.

UNIDADE CURRICULAR DE OPÇÃO I: Saúde Cultura e Imigração: uma abordagem culturalmente competente(Apontamentos). Profª. Maria Saraiva. ESEL, 2012.

<http://cea.revues.org/413>

<http://cea.revues.org/413>

<http://estatisticasnumeros.economiafinancas.com/wp-content/uploads/2010/01/esperan%C3%A7a-de-vida-total-cabo-verde.jpg>.

http://issuu.com/imvf/docs/estudo_cabo_verde#download.

http://ns1.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=540&Itemid=2

http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADN741.pdf

http://www.aho.afro.who.int/profiles/index.php/Cape_Verde:Analytical_summary_-_Risk_factors_for_health/pt

http://www.aho.afro.who.int/profiles/index.php/Cape_Verde:Burden_of_disease/pt

http://www.aho.afro.who.int/profiles/index.php/Cape_Verde:Public_and_private_health_care_providers/pt

http://www.aho.afro.who.int/profiles/index.php/Cape_Verde:Toxic_substances_-_The_physical_environment/pt

http://www.aho.afro.who.int/profiles/index.php/Cape_Verde:Water_sanitation_and_ecosystems/pt

<http://www.dgs.pt/>

<http://www.governo.cv/>.

<http://www.icieg.cv/article/591>

http://www.iese.ac.mz/lib/publication/II_conf/CP22_2009_Evora.pdf

http://www.iese.ac.mz/lib/publication/II_conf/CP22_2009_Evora.pdf

<http://www.iict.pt/tdd/pagtd/vtdd99.asp?urnpg=TDD-0003-2000>

<http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/lajedos.pdf>

http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_portuguese.pdf

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/acesso+de+cidadaos+estrangeiros+a+cuidados+de+saude/cuidados+palop.htm>

ANEXOS

Anexo 1 - Autorização da Comissão de Ética

Anexo 2 – Certificado de presença no “17º Simpósio Anual de Doenças Renais”

APÊNDICES

Apêndice 1 – Questionário

QUESTIONÁRIO

Agradeço que respondam a todas as questões:

(dados sociodemográficos)

- 1- SEXO: Feminino ☐ Masculino ☐
- 2- IDADE: _____
- 3- ESTADO CIVIL:
- Solteiro ☐ casado ☐ divorciado ☐ viúvo ☐
- 4- EXISTÊNCIA DE COMPANHEIRO EM PORTUGAL:
- Sim ☐ Não ☐
- 5- EXISTÊNCIA DE FILHOS:
- Não ☐ Sim ☐ Se Sim, quantos? _____
- Em Portugal? _____
- 6- ESCOLARIDADE:
- Sem escolaridade ☐ Básica ☐ secundária ☐ Superior ☐
- 7- PROFISSÃO: _____
- Exerce alguma profissão em Portugal? _____
- Se sim qual? _____ Consegue conciliar com os tratamentos? _____
- 8- NATURALIDADE (Ilha): _____
- 9- RELIGIÃO _____
- 10- FALA PORTUGUÊS? _____
- 11- PERCEBE PORTUGUÊS? _____
- 12- TEM HÁBITOS? alcólicos ☐ tabágicos ☐ toxifílicos ☐

(gerais)

- 13- MOTIVO DE SAÍDA DO PAÍS DE ORIGEM (Cabo Verde) _____
- 14- VEIO ACOMPANHADO? _____ Se sim, por quem? _____
- 15- TEM FAMÍLIA EM PORTUGAL? _____ Se sim, quem? _____
- Tem contacto próximo _____

16- ONDE RESIDE? _____

17- COMO SE DESLOCA ATÉ AO CENTRO DE HD? _____

18- TEM APOIOS FINANCEIRO EM PORTUGAL? _____

Se sim, de quem? _____ considera suficiente? _____

(doença/tratamento)

19- TINHA ACOMPANHAMENTO MÉDICO REGULAR EM CV? _____

20- QUAL A ESPECIALIDADE? _____

21- PORQUE RECORREU AO MÉDICO? _____

22- CONHECE A CAUSA DA SUA DOENÇA RENAL? _____

23- FAZIA MEDICAÇÃO REGULARMENTE? _____

Se sim, qual? _____

24- TINHA CONHECIMENTO DAS TERAPIAS DE SUBSTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL? _____

25- TINHA CONHECIMENTO PRÉVIO DA NECESSIDADE DE SAÍDA DE CV PARA REALIZAR TRATAMENTOS? _____

26- QUEM LHE COMUNICOU A NECESSIDADE DE SAÍDA DO PAÍS PARA INICIAR TRATAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL? _____

27- QUANTO TEMPO MEDIOU DO MOMENTO DA COMUNICAÇÃO DA NECESSIDADE DE EVACUAÇÃO E A SAÍDA EFECTIVA DO PAÍS? _____

28- CHEGOU A REALIZAR ALGUMA SESSÃO DE HD(HOSPITAL) ANTES DA VINDA PARA PORTUGAL? _____

29- QUAL O SEU COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO À 1ª SESSÃO DE HD?

Medo ☐ Ansiedade ☐ Frustração ☐ Revolta ☐ Angústia ☐ Tristeza ☐ Choro ☐
Depressão ☐ Recusa ☐ Aceitação ☐ Outros ☐ Quais? _____

30- QUAL O SEU COMPORTAMENTO ACTUALMENTE NAS SESSÕES DE HD?

Medo ☐ Ansiedade ☐ Frustração ☐ Revolta ☐ Angústia ☐ Tristeza ☐ Choro ☐
Depressão ☐ Recusa ☐ Aceitação ☐ Outros ☐ Quais? _____

31- QUAL FOI O MOMENTO MAIS DIFÍCIL VIVÊNCIADO APÓS O INÍCIO DO TRATAMENTO? _____

32- QUAL FOI O MOMENTO MAIS FÁCIL VIVÊNCIADO APÓS O INÍCIO DO TRATAMENTO?_____

33- QUAIS OS ASPECTOS POSITIVOS DA HD?

A equipa; ☐ A HD; ☐ Nada; ☐ Tudo☐; Melhoria física;☐

Outra_____

34- QUAIS OS ASPECTOS NEGATIVOS DA HD?

Duração;☐ Sequelas ☐ Nada;☐ Outros ()_____

35- HÁ QUANTO TEMPO FAZ HD?_____

36- QUAL DAS SITUAÇÕES LHE PROVOCOU MAIOR RECEIO?

Dependência de uma máquina ☐ Medo das complicações ☐

Inserção de agulhas para realizar HD ☐ (caso se aplique)

Incerteza e receios relativamente ao futuro ☐

37- COMO VÊ O FUTURO?_____

38- CONHECE OS SINAIS OU SINTOMAS DE ALERTA QUE INDICAM UM PROBLEMA DE EMERGÊNCIA?_____

39- JÁ TEVE INTERNAMENTOS?_____ Se sim, porquê?_____ Duração?_____

40- SENTE-SE ADAPTADO A ESTA ETAPA DA SUA VIDA, QUE É A HD?_____

41- QUAIS AS PESSOAS QUE MAIS AJUDARAM A SE ADAPTAR À HD?

Familiares ☐ amigos ☐ enfermeiros ☐ médicos ☐ assistente social ☐ nutricionista
☐ outros ☐ _____

42- SENTE-SE MELHOR, ACTUALMENTE, EM RELAÇÃO AO INÍCIO DA HD?__

43- TEVE OPORTUNIDADE DE MUDAR DE TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL?_____ Qual?_____ Se sim, porque não mudou?_____

44- ENCONTRA-SE EM LISTA DE TRANSPLANTE RENAL?_____

45- QUE ACTIVIDADES DESENVOLVE DURANTE AS SESSÕES DE HD?_____

Nenhuma ☐ dormir ☐ conversar ☐ vê TV ☐ outra ☐ _____-

(acesso vascular)

46- QUAL O PRIMEIRO ACESSO VASCULAR PARA REALIZAR HD? _____

47- QUAL O ACESSO VASCULAR, ACTUALMENTE, A SER UTILIZADO NO TRATAMENTO? _____

48- TEM ACESSO VASCULAR DEFINITIVO? _____ Se sim, qual? _____

49- TEM CONHECIMENTO DOS CUIDADOS A TER COM O ACESSO VASCULAR? _____

(outros cuidados)

50- TEM CONHECIMENTO ACERCA DA DIETA A CUMPRIR? _____

51- QUEM LHE FORNECEU ESSA INFORMAÇÃO? _____

52- QUAL A MAIOR DIFICULDADE EM CUMPRIR A DIETA _____

53- QUAL A QUANTIDADE DE LÍQUIDOS QUE INGERE DIARIAMENTE? _____

54- CUMPRE O REGIME TERAPÊUTICO/ FARMACOLÓGICO? _____ Se não, porquê? _____

(equipa de enfermagem)

55- QUAL O RELACIONAMENTO COM A EQUIPA DE ENFERMAGEM?

Bom ☐ mau ☐ indiferente ☐ outro ☐ _____

56- A EQUIPA DE ENFERMAGEM CONTRIBUI NA ADAPTAÇÃO À HD? _____
Em que sentido? _____

57- A EQUIPA DE ENFERMAGEM INCENTIVO/A AO AUTOCUIDADO? _____ Se sim, de que forma? _____

58- EM QUE ÁREAS DO AUTOCUIDADO SENTE MAIS DIFICULDADES?

adesão à terapêutica farmacológica ☐ a dieta ☐ à restrição hídrica ☐

cuidados com o acesso vascular ☐ outro ☐ _____

59- Tendo conhecimento que durante este ano vai abrir a Unidade de HD na cidade da Praia, quando ela abrir pretende regressar a CV ou manter-se em Portugal? _____ Porquê? _____

Muito obrigado pela disponibilidade

Apêndice 2 - Consentimento Informado

.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ fui informado pela sra enfermeira/ aluna do 3º Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Vertente em Enfermagem Nefrológica, que se encontra a estudar “O enfermeiro especialista como elemento promotor na adaptação à doença renal crónica terminal em doentes provenientes de Cabo Verde”, fui ainda informado/a que os dados obtidos, serão discutidos anonimamente entre profissionais de saúde e utilizados para determinar estratégias de promoção da adaptação à doença renal crónica.

Fui informado/a sobre o conteúdo, procedimento e objectivos deste estudo, e foi-me dada a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas.

Foi-me dada a garantia de que os dados por mim fornecidos serão tratados de forma anónima e que apenas serão usados para fins científicos, tais como, a melhoria do desempenho profissional dos enfermeiros.

Compreendi também que, sou livre de desistir da minha participação a qualquer momento sem que isso me traga qualquer tipo de prejuízo.

Tive tempo suficiente para decidir sobre a minha participação e aceitei participar.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do responsável pelo estudo: _____

Apêndice 3 - Trabalho em Power Point “Ensino ao doente com alteração da função renal”

**Apêndice 4 – Mail enviado à embaixada de Cabo Verde: Serviço de doentes
evacuados**

Embaixada de Cabo Verde

Serviço de doentes evacuados

info@embcv.pt

Eu, Ana Cristina Dias, enfermeira no Centro Hospitalar Lisboa Norte(Hospital Santa Maria) e, actualmente, aluna da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Vertente Nefrológica, sob orientação da Exma Sra Prof.^a Maria Saraiva. Encontro-me a estudar o tema: “O enfermeiro especialista como elemento promotor na adaptação à doença renal crónica terminal em hemodiálise em doentes provenientes de Cabo Verde”.

Venho por este meio solicitar, junto da Embaixada de Cabo Verde, que me seja fornecida informação acerca dos doentes evacuados para Portugal para realizar hemodiálise, assim como:

- Desde de ano vêm doentes para realizar hemodiálise em Portugal?
- Quantos doentes com insuficiência renal crónica proveniente de Cabo Verde encontram-se, actualmente, a realizar hemodiálise em Portugal? Em que instituições(Clínicas e Hospitais)?
- Quantos doentes foram evacuados de Cabo Verde no ano 2012, para realizar/continuar hemodiálise em Portugal?
- Onde residem os doentes?
- Quantos doentes apoiam?
- Há doentes a solicitar reagrupamento familiar?

Com os melhores cumprimentos,

Ana Cristina Dias

ana.cristina.dias@campus.esel.pt

Apêndice 5 – Resposta ao mail enviado à embaixada de CV: Serviço de doentes evacuados

Resposta ao mail

Boa tarde, Sra. Enfermeira Cristina Dias

- *As nossas desculpas pelo atraso, mas não foi possível ser antes.*
- *O primeiro doente com insuficiência renal, assistido e posteriormente transplantado em Coimbra, no início da década de 80. De referir que esse doente foi evacuado com outra patologia e em Portugal foi-lhe diagnosticado IRC.*
- *Actualmente encontram-se em tratamento de Hemodialise e Dialise Peritoneal 131 doentes.*

Evacuados ao Abrigo do Acordo no Domínio da Saúde, esses doentes são tratados no Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente, Hospital de Santa Maria, Curry Cabral, Santa Cruz, Garcia de Orta, Amadora Sintra.

Além desses doentes, continuam em tratamento 37 doentes transplantados renais.

No ano transacto foram evacuados 21 doentes com IRC

A maior parte dos doentes ficam alojados em casa de familiares e na ausência desses, ficam em Pensões, na Casas da Associação Girassol Solidário, e no CADE(Centro de Acolhimento de Doentes Evacuados).

- *Todos os doentes evacuados ao Abrigo do Acordo têm direito a um subsídio diário, participação na aquisição de medicamentos e aparelhos de compensação, títulos de transporte e transporte em ambulância, quando se justificar.*

- *Alguns desses doentes e outros cujo tratamento é prolongado, quando justificado pelo médico assistente, pedem a vinda de um acompanhante.*

Espero ter respondido às suas perguntas.

SDS

ML

Apêndice 6 - Avaliação qualitativa do Estágio

Apêndice 7 – Suporte Informático/CD: Relatório de Estágio: “A doença como factor precipitante da emigração: o papel do enfermeiro especialista no tratamento do doente renal crónico proveniente de Cabo Verde”